

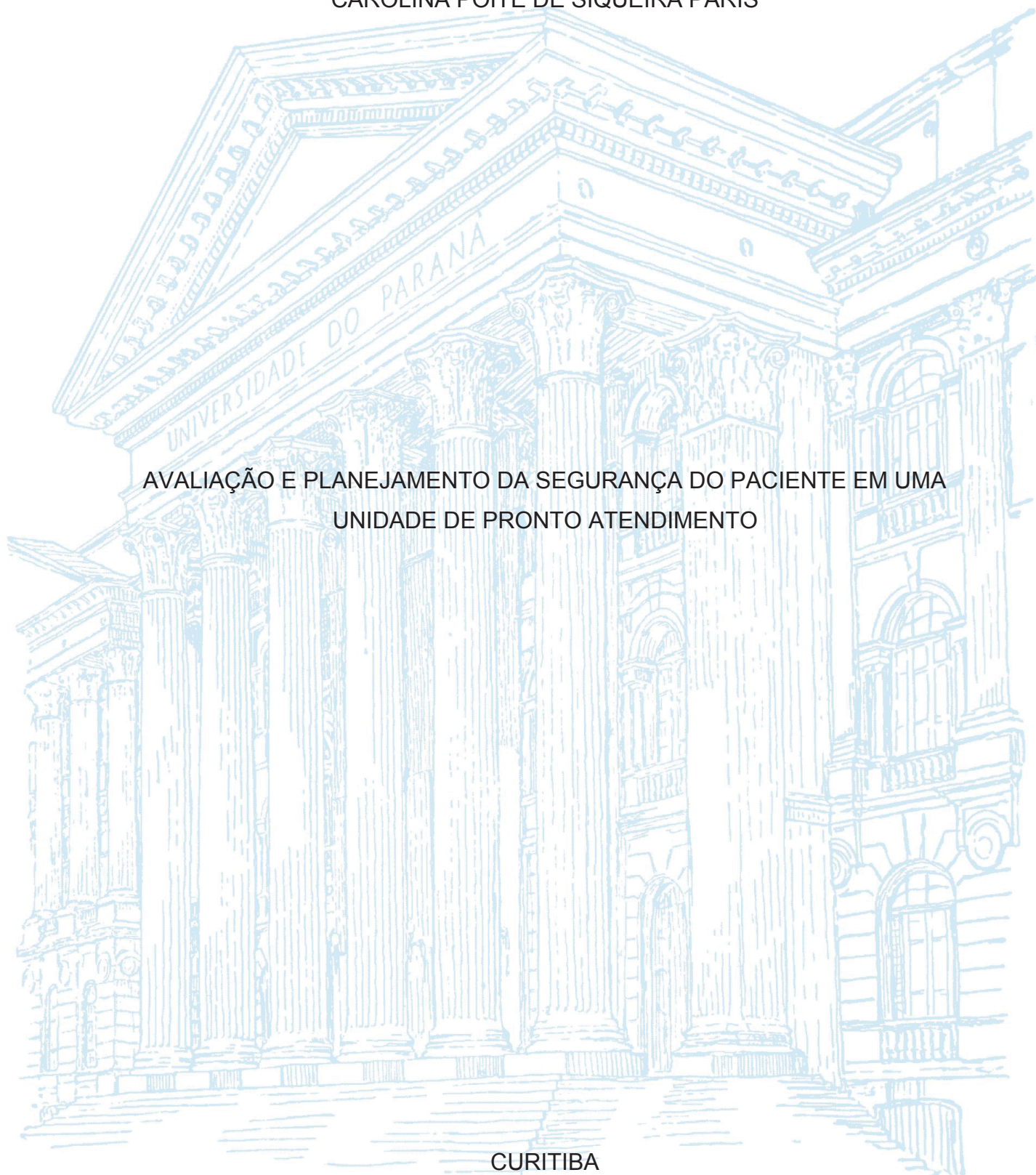
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS

AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CURITIBA

2019



CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS

AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Professora Dra. Karla Crozeta
Figueiredo
Coorientadora: Professora Dra. Daiana Kloh
Khalaf

CURITIBA

2019

Paris, Carolina Poite de Siqueira

Avaliação e planejamento da segurança do paciente em uma Unidade de Pronto Atendimento [recurso eletrônico] / Carolina Poite de Siqueira Paris – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo

Coorientadora: Professora Dra. Daiana Kloh Khalaf

1. Segurança do paciente. 2. Cultura organizacional. 3. Enfermagem de emergência. 4. Planejamento estratégico. I. Figueiredo, Karla Crozeta. II. Khalaf, Daiana Kloh. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.10425

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS** intitulada: **AValiação E PLANEJAMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**, sob orientação da Profa. Dra. KARLA CROZETA FIGUEIREDO, que após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 16 de Setembro de 2019.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Karla Crozeta Figueiredo', is written over a faint circular stamp.

KARLA CROZETA FIGUEIREDO

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sayonara de Fatima Faria Barbosa', is written over a faint circular stamp.

SAYONARA DE FATIMA FÁRIA BARBOSA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Marilene Loewen Wall', is written over a faint circular stamp.

MARILENE LOEWEN WALL

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, principalmente ao Robson, e à minha filha, Camila, pois nada disto seria possível sem vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser minha fonte de energia e meu porto seguro.

À minha filha, Camila, e ao Robson, por sua paciência, compreensão e apoio incondicional.

Aos meus pais, por me ensinarem o valor do estudo e a ser forte e determinada.

À minha sogra, por sua serenidade e sábios conselhos.

À minha cunhada, Vanessa, e ao meu cunhado, Douglas, por dividirem momentos alegres que tornam a jornada mais leve.

À minha orientadora, Karla Crozeta, que de colega de graduação passou a ser uma fonte de inspiração e modelo de profissional e de pessoa a ser seguido.

À minha coorientadora, Daiana Khalaf, por nos trazer outro olhar à pesquisa, pela sua serenidade e disposição.

Às minhas amigas e colegas de profissão, que incentivaram e contribuíram para que eu chegasse até aqui: Denilsen, Ana Paula, Alexandra e Danieli.

Às minhas amigas e colegas de profissão, por seu ombro amigo, escutando minhas dificuldades e ajudando a superá-las: Luciana, Juliana, Joyce, Luiz, Lindalva e Giovana.

Aos meus colegas de turma e de pequeno grupo, que trilhamos essa caminhada junto comigo e a fizeram ser menos laboriosa.

Às alunas da Iniciação Científica, que ajudaram na coleta de dados.

Aos meus colegas Enfermeiros, por participarem da pesquisa, tornando-a possível.

Aos membros do grupo de pesquisa GPPGPS pelo aprendizado acadêmico compartilhado nesses dois anos.

Aos membros da banca examinadora, professoras doutoras Marilene Wall e Sayonara Barbosa, que nos auxiliaram com suas contribuições fundamentais.

À coordenação da UPA por me dar o suporte necessário para realização deste trabalho, especialmente a Andrea e Roberta.

Ao Guilherme, pelos serviços fundamentais prestados de análise estatística.

À Prefeitura de São José dos Pinhais, por oportunizar a realização da pesquisa.

À coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da UFPR, assim como todos os seus docentes, pela dedicação em formar Enfermeiros de prática reflexiva e crítica.

A esta magnífica Universidade que me oportunizou, mais uma vez, a formação com excelência.

A educação não muda o mundo: muda as pessoas que irão mudar o mundo.

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente busca minimizar os riscos advindos da assistência e a cultura de segurança, definida como os valores, atitudes e comportamentos dos profissionais nas organizações de saúde, voltados para a segurança do paciente, faz parte dela. Dada a importância da cultura de segurança, alguns pesquisadores desenvolveram ferramentas para sua avaliação, como por exemplo, o *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*, que auxilia no diagnóstico das fragilidades organizacionais e dos profissionais, possibilitando a elaboração de intervenções mais assertivas. Como cenário de atenção à saúde, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são estabelecimentos de atendimento às urgências, funcionando sob condições favoráveis à ocorrência de erros, tornando-se necessário melhorias na segurança do paciente mediante mudanças na prática assistencial, por meio do planejamento de intervenções na realidade, transformando-a. **Objetivos:** Avaliar a cultura de segurança do paciente em uma UPA e planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente em UPA. **Metodologia:** Pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem quanti-qualitativa, da linha de pesquisa Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem, desenvolvida em uma UPA de um município do sul do Brasil, tendo como participantes os enfermeiros dessa unidade. Utilizou-se como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial em suas fases: 1) Concepção: delineamento de tema, objeto, objetivos, local de estudo, participantes e revisão de literatura; 2) Instrumentação: detalhamento de participantes e local de estudo, escolha de técnicas e instrumentos de coleta de dados; 3) Perscrutação: aplicação do SAQ, entre julho e agosto de 2018; e realização de oficinas, entre outubro de 2018 e abril de 2019, para apresentar os resultados obtidos com o SAQ, escolha de problemas relevantes e planejamento de intervenções de melhoria, utilizando-se o Planejamento Estratégico Situacional e a representação gráfica do Diagrama de Ishikawa. Foram apresentados planos de ação para adequação e aprovação dos enfermeiros e, após, apresentados para a gerência da unidade; 4) Análise: a análise dos dados obtidos com o SAQ permitiu identificar pontos que poderiam ser melhorados na segurança do paciente, e a análise dos dados das oficinas possibilitaram a construção de planos de ação. Esta pesquisa possui o número 66939717.3.3003.0100 de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 2.573.420. **Resultados:** 23 enfermeiros responderam o SAQ e 24 participaram das oficinas. Os dados apontaram, com exceção do domínio reconhecimento de estresse, fragilidades em todos os domínios, sendo o pior domínio “percepção da gerência do hospital” e a questão 30 a pior avaliada, que se refere ao treinamento de novos profissionais. Para o planejamento das intervenções foram realizadas quatro oficinas. Os enfermeiros escolheram os problemas “comunicação” e “número insuficiente de profissionais” e sugeriram cinco propostas, sendo cada uma detalhada em um plano de ação no modelo 5w3h. O **produto final** da pesquisa são os planos de ação construídos com base nas propostas dos Enfermeiros. **Considerações finais:** O planejamento das intervenções fez dos enfermeiros agentes de mudança de sua própria realidade, os responsabilizando pela transformação de seu processo assistencial e assim os valorizando.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Cultura organizacional. Enfermagem de emergência. Planejamento Estratégico.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety seeks to minimize of risks due to the assistance, and the culture of safety, defined as being the values, attitudes and behaviours of the professionals in the healthcare organizations, which aim the patient's safety, is a part of it. Due to the importance of the safety culture, some researchers have developed tools for its evaluation, such as the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), which aids in the diagnosis of organizational and professionals' frailties, enabling the creation of interventions that are more affirmative. As healthcare environments, the Prompt Service Units (PSU) are facilities for the assistance of emergencies, working under favourable conditions for the occurrence of mistakes, and have the need to produce improvements in patient safety through changes in the assistance practice by the planning of interventions in the reality, changing it. **Objectives:** To evaluate the patient safety culture in a PSU, and to plan the strategic actions for the improvement in quality of care and patient safety in a PSU. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory research, with a qualitative and quantitative approach, in the research line of Health Services and Nursing Management, developed in a PSU of a municipality in the south of Brazil, having as participants the nurses of that unit. As the methodological reference, the Assistance Convergent Research was used, with the states: 1) Conception: topic outline, object, objectives, study site, participants, and literature review; 2) Instrumentation: detailing of participants and study site, choice of techniques and instruments for data collection; 3) Screening: application of the Safety Attitudes Questionnaire between July and August 2018; and workshops between October 2018-April 2019 for the presentation of the results obtained with the SAQ, choice of relevant problems and the planning of interventions for improvement, using the Situational Strategic Planning and the graphical presentation of Ishikawa Diagram. The action plans were presented for adjustment and approval by the nurses, and then presented to the unit's management. 4) Analysis: the analysis of the data obtained with the SAQ allowed the identification of issues in patient safety that could be improved, and the workshop data analysis enabled the production of action plans. This research has the number 66939717.3.3003.0100 of Certificate of introduction to Ethics Assessment and was approved by the Research Ethics Committee under the number 2.573.420. **Results:** 23 nurses answered the SAQ, and 24 participated in the workshops. The data pointed out frailties in all domains, except the domain of recognition of stress, and the worse domain was "hospital management perception", with question 30 regarding the training of new professionals receiving the worse rating. For the planning of interventions, four workshops were held. The nurses chose the issues of "communication" and "insufficient number of professionals", and they suggested five proposals, each detailing an action plan in the 5w3h model. The research's **final product** are the action plans built based in the Nurses' proposals. **Final considerations:** The planning of interventions turned the nurses into change agents in their own reality, making them responsible for the change in their assistance process and, hence, validating them.

Keywords: Patient Safety. Organizational Culture. Emergency Nursing. Strategic Planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Ilustração das fases da Pesquisa Convergente Assistencial	42
Figura 2	Nuvem de palavras elaborada a partir da frequência relativa do termos (tf-prop) da segunda oficina	85
Figura 3	Nuvem de palavras elaborada a partir da frequência inversa do termos (tf-idf) da segunda oficina	86
Figura 4	Nuvem de palavras elaborada a partir da frequência relativa do termos (tf-prop) da terceira oficina	99
Figura 5	Nuvem de palavras elaborada a partir da frequência inversa do termos (tf-idf) da terceira oficina	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequência absoluta e relativa das variáveis de caracterização dos participantes da pesquisa	64
Tabela 2	Frequência absoluta e relativa (%) para cada questão do domínio clima de trabalho em equipe	66
Tabela 3	Frequência absoluta e relativa (%) para cada questão do domínio clima de segurança	68
Tabela 4	Frequência absoluta e relativa (%) para cada questão do domínio satisfação no trabalho	69
Tabela 5	Frequência absoluta e relativa (%) para cada questão do domínio reconhecimento de estresse	70
Tabela 6	Frequência absoluta e relativa (%) para cada questão do domínio percepção da gerência da unidade (coordenação da UPA)	71
Tabela 7	Frequência absoluta e relativa (%) para cada questão do domínio percepção da gerência do hospital (secretaria municipal de saúde).....	73
Tabela 8	Frequência absoluta e relativa (%) para cada questão do domínio condições de trabalho	74
Tabela 9	Frequência absoluta e relativa (%) para cada questão sem domínio...	75
Tabela 10	Pontuação dos domínios e questões sem domínio	77
Tabela 11	Valor-p do teste para diferença de escores em relação ao cargo.....	79
Tabela 12	Valor-p do teste exato de Fisher em relação ao cargo	81
Tabela 13	Valor da correlação de Spearman entre tempo na especialidade e os domínios com seu respectivo teste	82
Tabela 14	Valor da correlação de Spearman entre tempo na especialidade e as questões sem domínio com seu respectivo teste	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Quadro sintético com as fases da Pesquisa Convergente Assistencial	42
Quadro 2	Domínios do Safety Attitudes Questionnaire, questões correspondentes e descrição de cada domínio	50
Quadro 3	Lista com termos fornecidos pela pesquisadora e stopwords	60
Quadro 4	Fatores contribuintes associados ao problema “comunicação” e “número insuficiente de profissionais” trabalhados na segunda e na terceira oficinas e respectivas ações de melhoria	108
Quadro 5	Plano de ação: ações de melhoria para segurança do paciente na Unidade de Pronto Atendimento	110
Quadro 6	Plano de ação: criação da comissão multiprofissional	112
Quadro 7	Plano de ação: implantação de ações de educação permanente..	115
Quadro 8	Plano de ação: padronização de fluxos, rotinas e processos de trabalho	119
Quadro 9	Plano de ação: elaboração e implementação de diretrizes de Recursos Humanos	121
Quadro 10	Plano de ação: dimensionamento adequado da equipe de enfermagem	123

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Percentual de respostas para cada questão do domínio clima de trabalho em equipe	65
Gráfico 2	Percentual de respostas para cada questão do domínio clima de segurança	67
Gráfico 3	Percentual de respostas para cada questão do domínio satisfação no trabalho	68
Gráfico 4	Percentual de respostas para cada questão do domínio reconhecimento de estresse	70
Gráfico 5	Percentual de respostas para cada questão do domínio percepção da gerência da unidade (coordenação da UPA)	71
Gráfico 6	Percentual de respostas para cada questão do domínio percepção da gerência do hospital (secretaria municipal de saúde)	72
Gráfico 7	Percentual de respostas para cada questão do domínio condições de trabalho	73
Gráfico 8	Percentual de respostas para cada questão sem domínio	74
Gráfico 9	Gráfico Boxplot com a distribuição dos escores de cada domínio..	76
Gráfico 10	Percentual de respostas de cada questão sem domínio segundo o cargo do profissional	80
Gráfico 11	Gráfico de barras representando a frequência relativa dos termos (tf-prop) da segunda oficina	85
Gráfico 12	Gráfico de barras representando a frequência inversa dos termos (tf-idf) da segunda oficina	87
Gráfico 13	Gráfico de barras representando a frequência relativa dos termos (tf-prop) da terceira oficina	100
Gráfico 14	Gráfico de barras representando a frequência inversa dos termos (tf- idf) da terceira oficina	101

LISTA DE GRAFOS

Grafo 1	Coocorrência dos termos a partir da frequência relativa dos termos (tf-prop) – segunda oficina	88
Grafo 2	Coocorrência entre os termos a partir da frequência inversa dos termos (tf-idf) – segunda oficina	92
Grafo 3	Coocorrência dos termos a partir da frequência relativa dos termos (tf-prop) - terceira oficina	102
Grafo 4	Coocorrência dos termos a partir da frequência inversa dos termos (tf-idf) - terceira oficina	105

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CBEN	Congresso Brasileiro de Enfermagem
CM	Comissão Multiprofissional
CME	Central de Material Esterilizado
CO	Cultura organizacional
CS	Cultura de segurança
EA	Eventos Adversos
ECG	Eletrcardiograma
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IC	Iniciação Científica
IOM	Institute of Medicine
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PES	Planejamento estratégico situacional
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
RUE	Rede de Atenção às Urgências
RX	Raio X
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	16
1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO.....	21
3.2	SEGURANÇA DO PACIENTE E OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA.....	24
3.3	CULTURA ORGANIZACIONAL E A CULTURA DE SEGURANÇA.....	29
3.4	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL E FERRAMENTAS DE PLANEJAMENTO.....	34
4	METODOLOGIA.....	41
4.1	REFERENCIAL METODOLÓGICO – PCA.....	41
4.1.1	Primeira fase da PCA – Concepção.....	44
4.1.2	Segunda fase da PCA – Instrumentação.....	45
4.1.2.1	O Cenário de Estudo.....	46
4.1.2.2	Participantes da Pesquisa.....	49
4.1.2.3	Instrumento e técnica de coleta de dados.....	49
4.1.2.4	Negociação da proposta.....	51
4.1.2.5	Aspectos Éticos.....	52
4.1.3	Terceira fase da PCA – Perscrutação.....	52
4.1.4	Quarta fase da PCA – Análise.....	56
5	RESULTADOS.....	64
5.1	ETAPA QUANTITATIVA: QUESTIONÁRIO <i>SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE</i>	64
5.1.1	Análise Descritiva.....	64
5.1.1.1	Perfil dos participantes.....	64
5.1.1.2	Resultado das questões.....	65
5.1.1.3	Análise dos domínios.....	76
5.1.2	Análise Inferencial	77
5.1.2.1	Relação entre os domínios e o cargo.....	77
5.1.2.2	Relação entre as questões sem domínio e o cargo.....	80
5.1.2.3	Relação entre os domínios e o tempo na especialidade.....	81
5.1.2.4	Relação entre as questões sem domínio e o tempo na especialidade.....	82

5.2	ETAPA QUALITATIVA: OFICINAS.....	83
5.2.1	Primeira Oficina.....	83
5.2.2	Segunda Oficina.....	84
5.2.3	Terceira Oficina.....	98
5.2.4	Quarta Oficina.....	107
6	PRODUTO.....	110
6.1	PLANOS DE AÇÃO 5W3H.....	110
7	DISCUSSÃO.....	124
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
	REFERÊNCIAS.....	140
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	155
	APÊNDICE 2 – PLANEJAMENTO DAS OFICINAS.....	157
	APÊNDICE 3 – EXEMPLO DE DIAGRAMA DE ISHIKAWA.....	160
	APÊNDICE 4 – APRESENTAÇÃO EM <i>POWER POINT</i> DA 1ª OFICINA....	161
	APÊNDICE 5 – CARTAZ COM A REPRESENTAÇÃO GRÁFICA CONSTRUÍDO PELOS ENFERMEIROS NA SEGUNDA OFICINA COM OS FATORES CONTRIBUINTES ASSOCIADOS AO PROBLEMA “COMUNICAÇÃO”.....	172
	APÊNDICE 6 – FORMULÁRIO PARA REGISTRO DO DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO INTERNAMENTO- FRENTE.....	173
	APÊNDICE 6 – FORMULÁRIO PARA REGISTRO DO DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO INTERNAMENTO- VERSO.....	174
	ANEXO 1 – MODELO DE PLANO DE AÇÃO 5W3H.....	175
	ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE PESQUISA – QUESTIONÁRIO SAQ (CARVALHO, 2011).....	176
	ANEXO 3 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	177

APRESENTAÇÃO

A definição deste tema como proposta para o Mestrado Profissional em Enfermagem surgiu da minha vivência profissional como Enfermeira assistencial na área de urgência e emergência na qual atuo há oito anos, iniciada a partir de aprovação em concurso público, quando fui trabalhar em uma Unidade Pré-Hospitalar Fixa, sem nenhuma experiência nesse campo.

Apesar de sofrer no primeiro mês, pela falta de experiência na assistência a pacientes em situação crítica, aos poucos ganhei confiança, por meio do estudo teórico para embasar minha prática, e me formei especialista em Enfermagem de Urgência e Emergência. Quando percebi, estava apaixonada por essa especialidade.

Durante esse tempo prestando cuidados aos pacientes em condições emergenciais, observei situações que colocam em risco a segurança desses pacientes. Diariamente me deparo com prescrições médicas que induzem ao erro, esquecimento de repasse de informações importantes na transição do cuidado, falhas na comunicação entre profissionais e entre serviços, amostras de exames de sangue sem identificação. Esses são alguns exemplos que vivenciei nesses anos de prática em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e que geram erros ou quase erros.

Ao longo desses anos essas experiências me inquietavam cada vez mais, fazendo-me pensar qual seria meu papel diante disso, o que poderia contribuir de melhoria, afinal, eu, Enfermeira emergencista, poderia ajudar a buscar formas efetivas de melhoria da prática, ou teria que inventar, a cada plantão, formas de não deixar “as coisas” darem errado?

Ressalta-se que, até fevereiro de 2017, quando uma UPA foi fechada, o município onde atuo possuía duas UPA. A maior parte da equipe que atuava na UPA fechada foi transferida para esse único equipamento que permaneceu funcionando e, desta forma, a inserção desses novos membros gerou impactos no desenvolvimento da assistência, pois as duas UPA tinham processos de trabalhos distintos, consequentes da sua cultura, gerando conflitos entre os profissionais.

Além das repercussões geradas por esses conflitos há também de se considerar que a média de pacientes internados, ou seja, de pacientes com quadros de maior complexidade, aumentou em 66%, sendo que o total de leitos de observação diminuiu.

O presente estudo faz parte da linha de pesquisa “Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem”, e espera contribuir com o aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde e enfermagem e a segurança do paciente, fornecendo subsídios para o planejamento de ações estratégicas para a melhoria do cuidado, faz parte de um projeto guarda-chuva, e buscou estudar quais são as fragilidades na UPA relacionadas à segurança do paciente, e com a ajuda dos Enfermeiros da unidade, propor intervenções de melhoria.

Esta pesquisa é o resultado da contribuição de vários Enfermeiros da prática, que, comprometidos com ela, colaboraram no desenvolvimento deste estudo e fizeram parte, ativamente, do produto final que será apresentado.

1 INTRODUÇÃO

Segurança do paciente é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a redução de risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde até o mínimo aceitável (OMS, 2009), e é um tema cada vez mais evidenciado em todo o mundo nos últimos anos.

A adoção de medidas que promovam a assistência segura propicia a diminuição da ocorrência de erros relacionados ao atendimento em saúde e, dessa forma, reduz a morbimortalidade e os custos hospitalares. (BRASIL, 2013a).

No Brasil, as políticas relacionadas ao tema datam de 2013, buscando a promoção de uma assistência segura nos estabelecimentos de saúde brasileiros, as quais trouxeram conceitos tais como a “cultura de segurança”, definida como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que buscam a melhoria da qualidade assistencial. (BRASIL, 2013a).

Segundo Reis, Martins e Laguardia (2013) a avaliação da cultura de segurança é primordial e ponto de partida para o desenvolvimento de uma assistência segura.

Embora a cultura de segurança seja algo que as organizações de saúde devam buscar, alcançá-la é algo complexo, pois a cultura de uma organização está fortemente impregnada nas atitudes e comportamentos do pessoal e, portanto, para mudá-la é necessário o planejamento e a execução de intervenções efetivas que visem a cultura de segurança. (GUTIÉRREZ UBEDA, 2015).

Como cenário de atenção à saúde, os serviços de emergência, são ambientes estressantes e com alta demanda de trabalho, fatores estes que favorecem a ocorrência de incidentes. O estudo realizado por Jones e Johnstone (2017, p. 219), sugeriu que o “ambiente estressante, com alta carga de trabalho cognitivo, ruídos e interrupções frequentes” colaborou para a ocorrência de falhas nos serviços de terapia intensiva, emergência e perioperatório pesquisados.

O serviço de emergência foi considerado um sistema complexo por enfermeiros e médicos no estudo de Källberg et al. (2017), em que a alta carga de trabalho, a falta de controle, as falhas de comunicação e de organização foram apontados como fatores de risco que comprometem a segurança do paciente nesse cenário assistencial, sugerindo que os profissionais devem engajar-se no desenvolvimento de procedimentos que aumentem o conhecimento sobre esses fatores, bem como

identificar estratégias que possam facilitar a manutenção da segurança do paciente durante os períodos de alta carga de trabalho.

Portanto, planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade de atendimento e segurança do paciente é essencial e precursor para a estruturação de um ambiente seguro no serviço de emergência. Assim, este trabalho poderá embasar ações futuras para corrigir e aperfeiçoar ações atuais, o que impactará diretamente no atendimento à população local, uma vez que as ações de melhoria planejadas promoverão a segurança na assistência, componente essencial da qualidade do atendimento.

Diante deste contexto tem-se como pergunta norteadora: Como avaliar a cultura de segurança em uma UPA para identificar ações estratégicas para a melhoria do cuidado?

2 OBJETIVOS

Os objetivos desta pesquisa são:

1. Avaliar a cultura de segurança do paciente em uma Unidade de Pronto Atendimento.
2. Planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente em Unidades de Pronto Atendimento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção traz a contextualização do tema segurança do paciente e os serviços de emergência. A UPA é situada como ponto da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a segurança do paciente nestes estabelecimentos é contextualizada, com considerações acerca do conceito de cultura organizacional e cultura de segurança, bem como do planejamento estratégico situacional e de ferramentas de planejamento.

3.1 ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

As políticas de saúde voltadas às situações de emergência foram fomentadas com a Portaria nº 2.048 de 2002, que objetivou organizar o atendimento às urgências em saúde em todo país em questões logísticas, de recursos humanos, físicos e materiais. (BRASIL, 2002). Além disso, em 2003, foi lançada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) pela Portaria nº 1.863/2003. (BRASIL, 2003).

A Portaria nº 2.048/2002 define a estruturação do atendimento às urgências, em que os diversos serviços que compõem a rede de saúde pública e privada devem relacionar-se em fluxos pré-determinados de referência e contrarreferência, bem como determina a estruturação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), serviços que faziam na época parte do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Esses fluxos pré-determinados deveriam ser previamente pactuados entre as instâncias de governo estadual e municipal, a fim de garantir o atendimento de situações emergenciais à população. (BRASIL, 2002).

Desta forma, a Portaria nº 2.048/2002 estabelece que o Sistema Estadual de Urgência e Emergência é composto por componentes pré-hospitalares, que são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares, SAMU, serviços móveis de resgate, ambulância privadas e os componentes hospitalares, que são os hospitais.

Assim, todo estabelecimento de saúde deveria estar apto ao atendimento de emergência, devendo ter recursos materiais, estruturais e humanos que garantam esse atendimento, responsabilizando cada componente para o atendimento de

pacientes em situações emergenciais respeitando-se a compatibilidade entre a complexidade do caso e o nível de assistência. (BRASIL, 2002).

As unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências são estabelecimentos que funcionam ininterruptamente, destinadas a prestar assistência ao primeiro nível de complexidade¹, sendo estruturas intermediárias entre componentes pré-hospitalares e os hospitais. Com isso, essas unidades se tornam referência para os serviços móveis de atendimento (SAMU, serviços móveis de resgate, ambulância privadas) e também desafogam os prontos-socorros hospitalares. (BRASIL, 2002).

Essas unidades não hospitalares foram precursoras das UPA, surgindo pela primeira vez como equipamentos estabelecidos por meio de política de governo no atendimento às urgências no país.

As UPA surgiram no ano de 2008, por meio da Portaria nº 2.922/2008 que as definiu como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as UBS e a rede hospitalar. (BRASIL, 2008). São classificadas em Porte I, II e III, de acordo com a população de área de abrangência, número de leitos de observação e número de leitos de sala de urgência (BRASIL, 2017). Em conjunto com outros serviços, compõem a Rede de Atenção às Urgências (RUE). (BRASIL, 2011a).

A RUE é instituída pela Portaria nº 1600/2011, que reformula a PNAU e assim reorganiza o atendimento de urgência e emergência de forma que essa rede deverá funcionar de forma pactuada entre as três esferas de governo. (BRASIL, 2011a).

A partir dessa última portaria, foi definido que a RUE é composta pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; SAMU e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitais e Atenção Domiciliar. (BRASIL, 2011a).

A Portaria nº 1.600/2011 estabelece que as UPA

(...) devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma,

¹ A Portaria nº 2.048/2002 refere-se a um modelo de organização em níveis de complexidade de atendimento, somente em 2010, com a Portaria nº 4.279/2010 é que o SUS passa então a organizar-se em um modelo de redes, as quais são constituídas por estruturas de densidades tecnológicas diferentes, como arranjos organizativos de ações e serviços interligados, não havendo mais o caráter de pirâmide que se tinha anteriormente (BRASIL, 2014a).

estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. (BRASIL, 2011a, p. 70).

A Portaria 2.922/2008 também sofreu revogações ao longo dos anos, sendo sua última atualização feita pela Portaria nº 10 de 2017, que então cria novas diretrizes para implantação das UPA. Segundo essa portaria, as UPA têm como competências:

- Acolhimento de pacientes e familiares sempre que buscarem atendimento;
- Realização de consultas médicas em casos de menor gravidade;
- Realização de procedimentos médicos e de enfermagem;
- Articulação com outras unidades que compõem o sistema de saúde local;
- Estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU;
- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico;
- Atendimento a pacientes com desordens clínicas e o primeiro atendimento às vítimas de trauma, definindo a necessidade de encaminhamento a unidades hospitalares;
- Manutenção de pacientes em observação, por até 24 horas e, quando necessário, encaminhamento para internação hospitalar; e
- Contrarreferência para outros serviços, permitindo a continuidade ao tratamento, e solicitação de retaguarda técnica ao SAMU quando a complexidade dos casos ultrapassarem sua capacidade. (BRASIL, 2017).

Assim as UPA foram criadas com o objetivo de diminuir as filas nas emergências dos hospitais. Observou-se que nos locais que dispõem de UPA a necessidade de o paciente buscar atendimento em hospital foi reduzida em 96%. As 384 UPA em todo país garantem cobertura de 43% da população e mais de 4.488 leitos de observação. (BRASIL, 2015).

Após o surgimento das UPA, o SAMU passou a ter uma referência para o encaminhamento dos pacientes. Dessa forma, essas unidades passam a integrar e a organizar a RUE no país. (BRASIL, 2014b). Sua criação foi estratégica, de forma a suprir a demanda reprimida das UBS e diminuir a superlotação nos prontos-socorros hospitalares. (O'DWYER, 2010).

Portanto, as UPA têm papel fundamental na RUE, como centro organizador de fluxos, sendo o ponto que, em conjunto com o SAMU, definirá o caminho a ser percorrido pelo paciente na rede de saúde quando em situação de emergência, pois

estabelecerá quem e como atender os pacientes advindos dos serviços de atenção primária, e quem e como encaminhar pacientes para atenção hospitalar.

3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE E OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

A divulgação do relatório “*To err is human: building a safer health system*” (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999) nos Estados Unidos da América (EUA), fez com que o tema segurança do paciente obtivesse destaque, assim como medidas para minimizar danos causados aos pacientes na assistência à saúde.

As pesquisas feitas pelo *Institute of Medicine* (IOM), nas quais esse relatório baseou-se, avaliaram a incidência de eventos adversos² (EA) ocorridos em hospitais. Essas pesquisas demonstraram que cerca de 100 mil pessoas morrem por ano, vítimas de EA, resultando em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), câncer de mama ou atropelamentos. (IOM, 1999).

Diante desse cenário, em 2004, a OMS criou a *World Alliance for Patient Safety* que tem, entre os seus objetivos, organizar os conceitos e definições sobre segurança do paciente e propor medidas para diminuir os riscos e os EA, melhorando, dessa forma, a segurança na assistência em saúde. (BRASIL, 2011a).

Mais tarde, em 2008, um estudo realizado por Vries et al. (2008) também apontou alta incidência de falhas, mostrando que cerca de 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de EA e, destes, 50% são evitáveis, evidenciando quão danosa pode ser a assistência à saúde.

No Brasil, a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com a Portaria nº 529 em 2013, teve por objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). (BRASIL, 2013b).

Dessa forma, iniciou-se um movimento de comprometimento político em direção à prevenção e redução da incidência de EA relacionados à assistência nos serviços de saúde, contribuindo para a qualificação do cuidado, iniciativas que vão ao encontro da prioridade dada à segurança do paciente na agenda política dos estados-

² Para a OMS, evento adverso é todo incidente que resulta em dano ao paciente (OMS, 2009).

membros da OMS durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde em 2004. (BRASIL, 2016; 2013c).

Após a Portaria nº 529/13, no mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/13 institui ações voltadas à segurança do paciente, melhorando, dessa forma, a qualidade da assistência por meio da criação e implantação do NSP, que é definido como um órgão do estabelecimento de saúde que auxilia a direção na implantação de ações voltadas à segurança do paciente, com a elaboração de protocolos e de um sistema de notificação de EA, ações que devem fazer parte do Plano de Segurança do Paciente (PSP). (BRASIL, 2016; 2013a).

A “disseminação sistemática da cultura de segurança”; que também faz parte das atribuições do NSP (BRASIL, 2013b); propõe uma mudança de pensamento e comportamento, fazendo com que a cultura de “esconder e fingir que nada aconteceu” seja substituída por uma nova forma de agir e pensar, a de “repensar os processos assistenciais, aprendendo com os erros”, com o intuito de antecipar a ocorrência dos erros advindos da prática assistencial antes de causarem danos aos pacientes. (BRASIL, 2016).

Dessa forma, a cultura de segurança das instituições de saúde deve ser conhecida antes da implantação do NSP, para que, assim, a sua criação seja focada em problemas reais, tornando suas ações mais assertivas.

Diante disso, temos os serviços de emergência que possuem suas particularidades quanto à segurança do paciente, e as UPA como um dos cenários, caracterizam-se como locais que, além de atenderem grande demanda de pacientes com diferentes gravidades, trabalham com a imprevisibilidade e muitas vezes deficiência de recursos humanos e materiais, gerando sobrecarga de trabalho e estresse (GOMES, 2014), favorecendo a exposição dos pacientes à ocorrência de EA e até mesmo ao aumento da taxa de mortalidade. (CARTER; BOLSA; LARSON, 2014).

O grande fluxo de atendimento, desproporcional ao número de trabalhadores, gera sofrimento físico e psíquico, consequentes da sobrecarga de trabalho e pressão psicológica, sendo fatores contribuintes³ que comprometem a qualidade do trabalho da enfermagem nas unidades de urgência. (KOLHS et al., 2017).

³ Fator contribuinte é uma circunstância, ação ou influência associado à origem, desenvolvimento ou aumento do risco da ocorrência de um incidente, podendo ser externos, organizacionais, relacionados

O estudo realizado por Nunez et al. (2016) mostrou que 88,1% dos incidentes relatados em um serviço de atendimento de emergência poderiam ter sido evitados e, dentre as propostas que mais foram sugeridas pelos funcionários para melhoria desse quadro, estavam aumentar recursos humanos e materiais, estabelecer protocolos e cumprir as recomendações de qualidade de atendimento. O estudo concluiu que o relato de incidentes é uma importante ferramenta de promoção de melhorias, pois permite reconhecer os erros cometidos e estabelecer medidas para evitá-los.

Angelim e Rocha (2016) afirmam que as condições de trabalho da enfermagem nesses serviços mostram-se precárias, expondo-os a violência física e verbal, a riscos biológicos, físicos e ergonômicos e, somados ao acúmulo de vínculos de trabalho para suprir a baixa remuneração, corroboram para que esses profissionais sofram com o desgaste físico e emocional, prejudicando o desenvolvimento da assistência de forma segura e humanizada. Aqui vale ressaltar que ações de melhoria dos processos de trabalho e fluxos de atendimento permitirão a organização desses serviços e as condições ruins vivenciadas poderão ser amenizadas ou eliminadas.

Conforme exposto, as UPA são importantes pontos de acesso ao atendimento de emergência na RUE, porém vem sendo usadas pelos usuários de forma equivocada, como forma de entrada de casos ambulatoriais ou não agudos no sistema de saúde. Isso sobrecarrega essas unidades e, somado à falta de material, de recursos humanos, de estrutura física e de padronização de atendimento, o trabalho assistencial é desenvolvido com equipe e estrutura deficitárias, de forma desorganizada, sem rotinas e normas definidas nem protocolos de atendimento o que impacta diretamente na segurança da assistência prestada. (OLIVEIRA et al., 2015).

Assim, alguns serviços brasileiros de emergência são fontes de insatisfação por parte dos usuários, principalmente pelo tempo longo de espera para atendimento, assim como pela falta de confiança no serviço, pelo atendimento, limpeza e conforto inadequados. (LIMA et al., 2015).

Enfermeiros entrevistados em pesquisa realizada em departamentos de emergência na Suécia consideraram que o serviço de emergência não possui estrutura para manter um paciente internado por muito tempo, o ambiente estressante e ruidoso afeta negativamente o paciente, assim como gera outras situações que colocam em risco sua segurança, como dificuldade em localizar pacientes,

com os profissionais ou aos pacientes. "Um fator contribuinte pode ser um precursor necessário a um incidente e pode ou não ser suficiente para causar o incidente" (OMS, 2009, p.15-16).

superlotação, falta de recursos materiais e humanos e falhas de comunicação. (ERIKSSON et al., 2017).

Corroborando, o estudo de Weigl et al. (2016) concluiu que o departamento de emergência investigado era caracterizado por constantes interrupções dos profissionais e estes passavam 30% do tempo realizando duas tarefas ao mesmo tempo, e ainda associaram a alta carga mental deles à diminuição da qualidade percebida pelos pacientes.

Esmailian, Nasr-Esfahani e Brahimi (2014) apontaram também problemas com registros no departamento de emergência pesquisado, concluindo que havia falhas de relatórios de enfermagem com insuficiência de informações acerca da condição geral do paciente.

A pesquisa realizada na Arábia Saudita que avaliou a cultura de segurança do paciente com o instrumento *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) em dois prontos-socorros obteve um escore abaixo do esperado nas dimensões avaliadas, correlacionando negativamente o número de erros relatados ao clima de trabalho em equipe, à satisfação no trabalho e às condições de trabalho, indicando que escores baixos nessas dimensões repercutiam em menos relatos de erros. (ALZAHIRANI; ABDEL-LATIF; JONES, 2018).

Nesse contexto, a revisão sistemática de Alsshyyab et al. (2019) identificou fatores que influenciam na cultura de segurança em serviços de emergência: fatores humanos, como percepção dos funcionários em relação à segurança do paciente e os procedimentos para evitar erros; gerenciais, como liderança e apoio da gerência e supervisores; organizacionais e ambientais, como relato de erros, condições de trabalho e adequação do pessoal; e comunicação, que prejudica o desempenho da equipe.

Outro estudo associou fatores humanos e organizacionais, como fluxos de pacientes, comunicação entre turnos e erros de identificação à ocorrência de incidentes de segurança do paciente em diferentes departamentos norte-americanos. (O'CONNELL et al., 2018).

Dessa forma, tem-se que, além dos problemas estruturais que impactam diretamente na segurança do paciente, há problemas decorrentes do processo de trabalho falho, sendo este último factível de melhorias no próprio ambiente organizacional, que poderão ser conduzidas pelos líderes dentro das instituições de saúde.

O Enfermeiro, como líder no serviço de emergência, é referência para a equipe de enfermagem, conduzindo-a no dia a dia pela identificação de prioridades, planejando e organizando fluxos de trabalho, gerenciando o cumprimento de regras, estimulando a colaboração da equipe. Para desempenhar essas atividades, é necessário ter conhecimento para adquirir a legitimação da sua liderança pela equipe de enfermagem e multidisciplinar. (ARASZEWSKI et al., 2014).

O papel do líder tem destaque no processo de melhoria da cultura de segurança, segundo o Ministério da Saúde (MS), sendo os agentes que deverão capacitar seus liderados a mudarem seus comportamentos por meio da sensibilização, responsabilização e ação a favor da segurança do paciente. (BRASIL, 2014d).

O Enfermeiro, como líder, é capaz de proporcionar um clima saudável de trabalho e conduzir seus liderados a trabalharem em prol de um mesmo objetivo, assim como poderá também os conduzir a um mal resultado. (BALSANELLI; CUNHA, 2014).

Cabe ressaltar que, no cenário de atendimento às urgências e emergências, o enfermeiro tem um importante papel, haja vista que prestar um cuidado livre de danos é a finalidade do trabalho de toda equipe de saúde e, sobretudo deste profissional.

Conforme definido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, o Enfermeiro tem maior responsabilidade civil e ético-disciplinar, sendo vetado delegar atividades que são privativas desse profissional (COFEN, 2017), atividades estas previstas na Lei 7.498/1986, que regulamenta o exercício profissional de enfermagem, o qual prevê que cabe privativamente ao Enfermeiro a responsabilidade pelos serviços de enfermagem, como organização, planejamento, coordenação, execução e avaliação destes, bem como a prestação de assistência a pacientes graves. (BRASIL, 1986).

Diante desse contexto, ações de melhoria na segurança do paciente contribuem diretamente na qualidade da assistência prestada pelo Enfermeiro, pois como principal responsável pelo planejamento do cuidado, poderá gerenciá-lo de modo a promover ações com vistas a uma assistência segura. (OLIVEIRA et al., 2014).

3.3 CULTURA ORGANIZACIONAL E A CULTURA DE SEGURANÇA

Cultura é o conjunto de valores, hábitos, códigos de conduta, tradições, que são aprendidos e repassados pelas gerações mais velhas, mantidos pela geração atual que então passará para as gerações futuras, sendo que cada sociedade possui sua cultura, que influencia os comportamentos das pessoas, inclusive em seu ambiente de trabalho. (CHIAVENATO, 2014a).

A cultura de uma organização é definida como todos os valores, atitudes e comportamentos praticados no ambiente organizacional; são as formas de pensar, expressando sua autoimagem. (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Para Chiavenato (2014a) cultura organizacional (CO) é entendida como o resultado da interação entre as pessoas, dos assuntos mais discutidos entre elas e de suas atitudes na organização; ela reflete o seu modo de trabalhar. Corroborando, Punina (2016) considera que CO é o “conjunto de práticas, crenças e valores que geram identidade, compromisso e associação nos membros da empresa”.

A CO não é algo concreto, porém, os seus efeitos e consequências o são, nas formas da edificação de uma empresa, nos seus procedimentos de trabalho, nas tecnologias utilizadas etc. Além da parte observável da CO, existe aquela que permeia as relações e comportamentos daqueles que integram a organização, decorrentes de aspectos psicológicos e sociais da cultura, sendo esta parte a mais difícil de ser modificada. (CHIAVENATO, 2014a).

Para Robbins (2015), a CO é criada pelos fundadores da empresa, na qual colocam seus princípios, valores, hábitos, e desta forma moldam o estilo de trabalhar do local. Após a sua criação, a CO é mantida pelos seus membros por meio das práticas de seleção, pelas ações dos dirigentes e pelos métodos de socialização. Para este autor a seleção de novos colaboradores em uma empresa visa à escolha de candidatos que têm mais chances de se ajustarem à forma com que se trabalha, a qual é influenciada pelos seus fundadores, reforçada por seus dirigentes, que por sua vez determinam os comportamentos considerados aceitáveis. (ROBBINS, 2015).

Assim, quando esses candidatos são contratados, passam pela fase de socialização, que nada mais é do que a adaptação da sua cultura individual à da empresa, assimilando as normas do seu grupo de trabalho e da instituição, integrando-o como parte daquele ambiente organizacional, e comprometendo-se com os valores institucionais. (ROBBINS, 2015).

Dessa forma, a CO é o resultado do pensamento coletivo que resulta em comportamento coletivo, que então caracterizará a “personalidade” da organização. Portanto, a CO poderá ser moldada e modificada conforme o pensamento individual de cada membro, gerando mudança no pensamento do grupo maior.

É por essa linha de pensamento que a Cultura de Segurança (CS) trabalha, na mudança de comportamento das pessoas que então modificará a CO, voltando-a para a segurança do paciente. Uma CO direcionada para a segurança do paciente é determinada pelo “comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.” (BRASIL, 2013b).

No Brasil, a CS é caracterizada pela Portaria nº 529 de 2013 como:

(...) configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (...). (BRASIL, 2013b, p. 43).

A partir dessa definição, inicia-se um movimento nas instituições de saúde de compreender o “erro” de outra maneira, considerando que os profissionais são passíveis de errar e que cabe à gestão implantar sistemas que promovam o acerto e dificultem o erro. (BRASIL, 2014d). Assim, pode-se considerar que a CS deve estar contida na CO e que ações para sua promoção deverão ser incentivadas nos estabelecimentos assistenciais. (BRASIL, 2013b).

Quanto mais os valores da organização forem reforçados e partilhados pelos seus membros, mais forte e consolidada será a cultura, por controlar o comportamento das pessoas pelo elevado grau de compartilhamento. Assim, para se obter bons resultados no que diz respeito à segurança do paciente, é preciso que as pessoas que trabalham nas instituições de saúde comprometam-se com a cultura de segurança, ou seja, partilhem de valores e comportamentos voltados à melhoria da qualidade assistencial. (ROBBINS, 2015).

Diante desse contexto, compreende-se que a CO é difícil de ser mudada, sendo necessária uma análise cuidadosa para executar-se mudanças. Para a consolidação da CS em uma organização de prestação de serviços de saúde é preciso, primeiramente, conhecer a cultura vigente nesta, sendo fundamental compreender como os seus membros se comportam no desempenho de seu trabalho; quais os são seus valores e hábitos; o que importa para esses trabalhadores quando se trata de assistência ao paciente; se suas atitudes estão voltadas para a promoção da segurança do paciente; se realmente se importam em executar seu trabalho de forma a minimizar ao máximo os danos; como se sentem quando cometem um erro; e como a gerência vê e trata o erro. (BRASIL, 2016).

Além disso, considerar como o comportamento individual influencia o coletivo é importante para a segurança do paciente, pois há condutas verbais ou físicas que afetam ou podem afetar negativamente o atendimento ao paciente, definidas como comportamentos destrutivos. (JERICHO; MAYER; MCDONALD; 2011).

Comportamentos e atitudes, como desrespeito ao colega de trabalho, fofocas, agir ou falar grosseiramente e não cooperar, geram consequências de alto impacto na segurança do paciente, como sofrimento moral e psíquico de trabalhadores, comprometimento da comunicação, da colaboração e do trabalho em equipe; prejuízos laborais; hostilidade no ambiente de trabalho; insatisfação, diminuição da moral e do engajamento no trabalho; custos com processos legais; recrutamento de novos profissionais; e tratamento de EA (OLIVEIRA et al., 2016), sendo que tais atitudes são frequentes no departamento de atendimento de emergência, considerado um dos que mais sofrem com esse tipo de comportamento. (BERMAN-KISHONY; SHVARTS, 2015).

O comportamento individual está relacionado à moral dos profissionais, decorrente do estado motivacional das pessoas, provocado pela satisfação ou não das suas necessidades individuais. Assim a moral elevada leva a um melhor clima organizacional, decorrente de um ambiente psicológico e social positivo, condicionando um comportamento adequado dos seus membros. (CHIAVENATO, 2014b).

O comportamento individual dos profissionais impacta na construção de um ambiente assistencial mais seguro como, por exemplo, o comprometimento de enfermeiros na implantação de um sistema de notificação de EA, contribuindo com a mudança da cultura organizacional para uma cultura de segurança (TRICARICO et

al., 2017), mostrando que ações individuais geram um resultado coletivo de melhoria na qualidade assistencial. Dentre as organizações de saúde, a ocorrência de erros mostra-se inerente aos serviços de emergência, devido ao ritmo acelerado de atendimento, com muitos casos agudos e muitas transferências. (WEI et al., 2015).

A literatura nacional possui um número escasso de estudos em segurança do paciente nesse cenário assistencial, sendo ainda mais limitadas as pesquisas que abordam a CS em serviços de emergência.

Estudos internacionais sobre CS nos serviços de emergência apontam principalmente problemas de comunicação e do trabalho em equipe. (BURSTROM et al., 2014; WEI et al., 2015).

Em uma pesquisa brasileira realizada em um pronto atendimento, a cultura punitiva destacou-se como resultado encontrado, e obteve um resultado positivo sobre a percepção do trabalho em equipe. (SILVA; CARVALHO, 2016). Já a percepção da gestão é indicada como desfavorável na segurança do paciente em outro estudo, sugerindo a presença de uma cultura punitiva na qual os profissionais têm medo de represálias. (RIGOBELLO et al., 2017).

Esses estudos apontam fragilidades na segurança do paciente nesse cenário assistencial, e uma vez que nesses serviços os pacientes estão em sofrimento e muitas vezes em risco de morte, um ambiente inseguro poderá potencializá-los. Assim, promover a cultura de segurança nesses locais impactará diretamente na melhoria da assistência prestada.

Neste contexto, destaca-se a contribuição do Enfermeiro, pois para Singer (2013) os líderes têm papel fundamental na transformação da CO, pois são eles que conduzirão os membros da equipe na construção dessa cultura. Para esse autor, o líder é capaz de desenvolver ações que promoverão a transformação da cultura, a fim de promover a segurança do paciente. (SINGER, 2013).

Desse modo, o Enfermeiro poderá utilizar da sua liderança para fomentar entre seus liderados atitudes que promovam a melhoria na qualidade da assistência, impactando na mudança da cultura local para uma cultura em prol da segurança do paciente.

Para tanto, há a necessidade de que as organizações de saúde iniciem um movimento de mudança na forma de pensar e agir frente aos incidentes que envolvem a segurança do paciente, a fim de promover a CS. É preciso modificar a forma de como os erros são apurados, e considerar o erro como algo além da consequência

individual, mas considerá-lo também como decorrente de fragilidades do sistema organizacional, buscando proporcionar um ambiente de cultura justa⁴ em detrimento da cultura punitiva, para que, dessa forma, os profissionais se sintam seguros em relatar que cometeram uma falha. (BARROS; FELIX, 2019).

Organizações com ambientes punitivos e que consideram a causa do erro somente como resultado de uma falha individual permitem que o erro deixe de ser mitigado, pois ignoram as falhas do sistema que permitiram o evento ocorrer. Isso reforça a cultura do medo, na qual aqueles que cometem falhas são vistos como maus profissionais e os desestimula a relatar o ocorrido. Dessa maneira, a discussão da verdadeira causa que culminou no ato falho, que muitas vezes é consequência de problemas institucionais, não acontece e, assim, a organização perde a oportunidade de detectar onde as barreiras foram ineficientes, de rever seus processos e readequá-los, reforçando e consolidando formas de trabalho voltadas ao erro. (BRASIL, 2014b).

O reconhecimento e o relato de falhas são importantes mecanismos de readequação de processos de trabalho. Estudo realizado por Wegner et al. (2016) mostra que a atitude de comunicar a falha cometida é postura importante para o desenvolvimento da cultura de segurança, pois permite identificar o que ocorreu e investigar as suas possíveis causas, promovendo um processo de aprendizado com o erro. O estudo de Claro et al. (2011) corrobora ao mostrar que a confiança de Enfermeiros em notificar EA refletiu na conscientização dos profissionais, demonstrando o quão significativo é estimular a cultura não punitiva ou a cultura justa, para que a CS seja verdadeiramente desenvolvida.

Nesse contexto, tem-se os incidentes que não alcançaram o paciente ou os “quase evento” chamados de “*near miss*” (OMS, 2009), que também devem ser investigados, e envolvem situações em que eventualmente não culminaram em dano porém outras circunstâncias podem levar a um EA, são como se fossem um aviso de que algo está falho antes de infligir algum malefício.

Runciman et al. (2009) consideram que “a melhoria do sistema é resultado da cultura, processos e estruturas que são direcionados para a prevenção da falha do sistema e a melhoria da segurança e qualidade”. Portanto, para o desenvolvimento de CO voltada para segurança do paciente é imprescindível que seja modificada a forma como a organização trata o erro.

⁴ Cultura Justa: “visa identificar os problemas sistêmicos que levam o indivíduo a se envolver em comportamentos inseguros”. (TORELLY; MALTA; BAÍA, 2019, p. 75).

O estudo do erro humano e suas origens é importante para o desenvolvimento de ações de melhoria na qualidade assistencial, pois, ao detectar o que está acontecendo de errado e porquê está acontecendo, pode-se planejar intervenções que reduzam as fragilidades nas organizações de saúde.

O MS sugere a utilização de instrumento validado para avaliação da cultura do paciente, a fim de mensurar a existência de uma cultura franca e justa, sendo que esse órgão reconhece dois questionários como os mais utilizados no Brasil para essa mensuração, que são o SAQ e o *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. (BRASIL, 2013c, 2016).

Questionários são ferramentas que facilitam a coleta de dados a respeito da cultura de segurança do paciente e que permitem um diagnóstico situacional desse quesito. (ANDRADE et al., 2018).

Instrumentos como o SAQ são capazes de auxiliar na detecção das fragilidades institucionais quanto à segurança do paciente, possibilitando a formulação de intervenções de melhoria, bem como a avaliação da efetividade dessas intervenções. (ANDRADE et al., 2018).

A avaliação da CS nas organizações mostra-se importante, uma vez que possibilitará a compreensão das condições organizacionais e dos profissionais que comprometem a assistência segura. Portanto, a CO para voltar-se para a CS é algo complexo, pois envolve diversos fatores, sobretudo humanos, e a compreensão dessas questões permitirá iniciar ações efetivas de mudança de cultura, para uma cultura voltada a garantir uma assistência segura, ações estas que deverão ser capazes de manter a mudança alcançada e, para que isto ocorra, é imprescindível ter o conhecimento do que já está estabelecido no local, quais são “as regras” seguidas para que, então, sejam estudadas e implementadas estratégias de modificação de cultura.

3.4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL E FERRAMENTAS DE PLANEJAMENTO

As UPA caracterizam-se como organizações complexas, pela sua capacidade de interação com diversos pontos na RUE e interdependência com eles. Segundo

Stancey⁵ (1996) *apud* Pascucci e Meyer (2013, p. 539) “sistemas complexos são caracterizados como sistemas com múltiplos componentes em interação, cujo comportamento não pode ser inferido pelo comportamento das partes.” Campbell et al. (2007, p. 455) consideram que “muitas atividades de saúde são complexas” e, portanto, necessitam de avaliações criteriosas para gerarem intervenções eficazes.

Para esses autores, ao planejar uma intervenção em sistemas organizacionais complexos deve-se considerar o contexto no qual a condição ou problema ocorre, incluindo a cultura local, pois intervenções idênticas poderão ter resultados distintos quando aplicadas em diferentes contextos. (CAMPBELL et al., 2007).

Desse modo, sendo as UPA um dos centros organizadores da RUE e considerando-a como um sistema complexo, a sua gestão também será complexa, uma vez que as tomadas de decisões impactarão, não só no seu funcionamento, mas também em toda rede assistencial que a permeia, gerando repercussões ao longo dessa rede até chegar ao ponto final, que são os pacientes.

Assim, intervenções realizadas nessas unidades, sejam de cunho político, gerencial ou assistencial deverão ser planejadas considerando a complexidade dessas organizações para que o resultado alcance a melhoria do atendimento prestado à população.

Segundo Marquis e Huston (2015, p. 139) planejamento “é um processo proativo e deliberado que reduz riscos e incertezas”. Ciampone, Tronchin e Melleiro (2016, p. 34) conceituam-no como “um instrumento do processo de trabalho gerencial” que escolhe e elabora planos que favorecem um processo de mudança.

Chiavenato (2016) define planejamento como uma “função administrativa que define objetivos e decide sobre os recursos e tarefas necessários para alcançá-los adequadamente” e para isto são estabelecidos metas e elaborados planos que possibilitarão o alcance delas.

Assim, o planejamento é conceituado como método, instrumento gerencial e função administrativa, fazendo parte do trabalho da gestão das organizações e visando propor ações de intervenção na realidade, para que esta seja transformada, propiciando uma oferta de serviços de qualidade. (MARQUIS; HUSTON, 2015; CIAMPONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016; CHIAVENATO, 2016).

⁵ Stacey, R. D. Complexity and creativity in organizations. San Francisco: Berret-Koehler, 1996.

Ciampone, Tronchin e Melleiro (2016) distinguem dois métodos de planejamento: planejamento normativo ou tradicional e o planejamento estratégico situacional (PES).

O PES, desenvolvido pelo economista chileno Carlos Matus, é um método⁶ voltado para a resolução de problemas na esfera pública, considerando o jogo político, econômico e social que permeia esses problemas e a percepção da realidade pelos indivíduos (atores) envolvidos nela, que, assim, participam do planejamento. Isso diferencia o PES do planejamento tradicional, que tem sua lógica voltada para a economia e é determinado pelo alto escalão das organizações. (HUERTAS, 1996).

Portanto, o ator que faz o planejamento deve fazer parte da realidade na qual planeja, realizar uma análise da situação considerando a percepção dos diferentes atores envolvidos no jogo social (processo de interação social entre os atores), pois um mesmo cenário pode ser compreendido ou explicado de formas diferentes, dependendo de quem o analisa, e essa diferença de percepção influenciará no planejamento, pois poderá incorrer em opiniões que irão contrapor-se ao objetivo inicial. (MATUS, 1993).

O planejamento não assegura a mudança da realidade, pois não depende somente de quem a planejou, e é por isto que o PES não é estático, sofre adequações conforme a dinâmica do jogo social, pois a realidade é transformada continuamente em consequência da pressão que cada ator faz para alcançar seus objetivos, característica que se contrapõe ao planejamento estratégico tradicional, o qual planeja sobre uma situação futura prevista não considerando as surpresas ao longo do desenvolvimento do plano. (MATUS, 1993; DAGNINO, 2014).

A pressão feita para o alcance de seus objetivos faz com que cada ator acumule poder, e esse poder pode ser político, quando está no exercício de um mandato eleitoral; econômico, quando está ligado a gestão dos recursos econômico-financeiros; administrativos, quando ocupa cargo administrativo em alguma das esferas governamentais; e técnico, quando detém conhecimento em área específica. (DAGNINO, 2014; CIAMPONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016).

Para Matus, o planejamento “não se propõe a adivinhar ou predizer o futuro [...], visa à preparação para que se tente criar o futuro”, tornando viável aquilo que se

⁶ Para Matus (1993, p.199) o PES “é um método que pretende ser eficaz para uma determinada tipologia de situações. A problemática que ele pretende representar é a do conflito na mudança situacional.”

planejou (HUERTAS, 1996, p. 15). O autor define que o PES seja desenvolvido com base no Triângulo de Governo, que analisa a viabilidade política de projetos e ações de governo e é composto por três variáveis: projeto de governo, apoio político e capacidade de governo. (DAGNINO, 2014).

O projeto de governo é o conjunto de propostas do governo, ou seja, como o ator planejou enfrentar os problemas (CIAMPONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016); a capacidade de governo refere-se a competência da equipe em governar e está relacionada a experiência em gestão, métodos de trabalho, se possui meios e recursos para desenvolvimento do projeto; e o apoio político é a força vinda da sociedade e demais atores políticos que sustentarão o projeto de governo (DAGNINO, 2014).

Desse modo, essas variáveis são a base para a governabilidade, que é a capacidade de agir sobre situações, e estas estão inter-relacionadas, pois de nada adianta ter um bom projeto de governo se não há apoio político, assim como não é suficiente somente o apoio político se não se tem capacidade para governar e um projeto de governo adequado. (DAGNINO, 2014).

O PES acontece em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Estes momentos são interligados e não acontecem de forma linear, encadeiam-se formando um processo contínuo. (MATUS, 1993).

O momento explicativo busca explicar a realidade com a seleção de problemas relevantes, buscando-se a compreensão do porquê eles ocorrem e “identificando-se nós críticos, reconhecidos como os centros práticos de ação”. (CIAMPONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016, p. 43).

É no momento explicativo que os problemas são selecionados, considerando o valor do problema, tanto para o ator social como para aqueles que o apoiam e a quem ele representa; e a efetividade para enfrentá-los, assim como serão identificadas as causas destes, discriminando aqueles que são de governabilidade do ator, daqueles que são área de influência do ator. Ou seja, o ator não possui governabilidade porém poderá influenciar quem tem; assim como os que estão fora do jogo, onde o ator não possui controle. (MATUS, 1993).

Após a seleção dos problemas, são identificados os atores envolvidos neles bem como os recursos que esses atores possuem para controlar as ações e o peso de cada ator, levando, assim, ao momento normativo. É nesse momento que serão planejadas as operações para a resolução dos problemas identificados, considerando

o cenário em que eles estão imersos, inclusive avaliando possíveis mudanças futuras, como conflitos e recursos que cada ator controla. (CIAMPONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016).

O planejamento das ações pode ser realizado por meio de ferramentas de planejamento, visando facilitar a organização das intervenções propostas de forma mais clara e objetiva, facilitando também a implementação.

Segundo Marshall Junior et al. (2005) a qualidade passou a fazer parte do planejamento estratégico nas empresas a partir de 1950, assim o planejamento da qualidade permitiria tomar decisões mais assertivas, antecipando erros, além de visar a melhor forma de produção, agregando valor nas relações empresa-mercado. (PALADINI, 2009).

Nesse contexto, as ferramentas de planejamento surgiram conforme conceitos e práticas existentes, com o desenvolvimento de diferentes classificações, como, por exemplo, ferramentas de controle ou de planejamento. (MARSHALL JUNIOR et al., 2005).

Marshall Junior et al. (2005) em seu livro sobre gestão da qualidade trazem alguns exemplos de ferramentas de gerenciamento voltadas para qualidade, como *brainstorming*, cartas de controle, diagrama de Ishikawa, diagrama de dispersão, estratificação, fluxograma, folha de verificação, gráfico de pareto, histograma, matriz GUT e o *5w2h*. Destacaremos as ferramentas *5w2h* (ou *5w3h*) e o diagrama de Ishikawa, que foram utilizados nesta pesquisa para planejamento das ações estratégicas de melhoria na segurança do paciente.

A ferramenta *5w3h* (Anexo 1) é um recurso utilizado para planejar a implementação de ações de forma organizada e a sigla *5w3h* representa as iniciais: *What, Why, Who, When, Where, How, How much* e *How measure* (ALVES, 2012), possibilitando detalhar como serão colocadas em prática ações planejadas, possibilitando o mapeamento e padronização de processos. (MARSHALL JUNIOR et al., 2005).

O *5w3h* surgiu originalmente como *5w1h*, “*how much*” e “*how measure*” foram acrescentados depois, pois são perguntas que objetivam estruturar as etapas de um plano para a resolução de problemas, a partir das perguntas e assim organizar as ideias para as intervenções. (SELEME; STADLER, 2008).

O diagrama de Ishikawa é uma ferramenta advinda da indústria, que utiliza a ilustração gráfica de uma espinha de peixe (APÊNDICE 3), em que o eixo central

horizontal aponta para o problema que se pretende trabalhar, e os eixos verticais em diagonal, dispostos como se fossem espinhas de peixe representando categorias/grupos (agrupamentos de fatores contribuintes) que contém linhas perpendiculares onde são apontados os fatores que levam à ocorrência do problema, possibilitando a identificação da relação de um efeito e suas causas potenciais. (BRASIL, 2017).

Essa ferramenta facilita a identificação das causas ou fatores contribuintes associados a um problema na segurança do paciente a medida que se pergunta o “porquê” de sua ocorrência, buscando-se os fatores ou causas dentro de cada categoria pré-estabelecida, direcionando, desta forma, o reconhecimento de pontos de ação bem como de propostas de intervenção para a melhoria da assistência. (BRASIL, 2017).

O terceiro momento do PES é o estratégico, que, segundo Matus (1993, p. 404) “concentra-se no cálculo da articulação entre o deve ser e o pode ser”, e o “deve ser” é considerado pelo autor como “dominante e persistente no dirigente com vontade de mudança”.

É nesse momento que é analisada a viabilidade das operações planejadas no momento normativo, no qual deve-se responder se é possível colocar em prática o que foi idealizado e se realmente funcionará na realidade, com eficácia e se não será transitório. (MATUS, 1993).

Porém não só é analisada a exequibilidade das ações, mas a forma de construir a viabilidade daquelas operações julgadas como inviáveis também é estudada. (CIAMPONE; TRONCHIN; MELLEIRO, 2016).

O quarto momento do PES, o momento tático-operacional, é quando as ações propostas são colocadas em prática. (MATUS, 1993). Caracteriza-se por “agir sobrea a realidade; fazer; implementar; monitorar; avaliar”. (DAGNINO, 2014).

Matus (1993) adverte que, nesse momento, é necessário que o planejador mantenha seu plano em sintonia com a mudança que acontece no dia-a-dia. A sua velocidade de ação deve estar sincronizada com a mudança da realidade, adequando o plano à ela, possibilitando alterações de acordo com o cenário real e não à aquilo que se planejou inicialmente, direcionando “o que devemos e podemos fazer hoje para alcançar amanhã os objetivos com os quais nos comprometemos”. (MATUS, 1993, p. 483).

O PES considera que o plano é delineado sobre um futuro incerto, pois o ator que planeja não tem controle da realidade, visto que surpresas podem ocorrer, devendo enfrentar as incertezas e dificuldades, reagindo rapidamente a elas, remodelando o plano previamente proposto. (DAGNINO, 2014).

Assim, o PES mostra-se como uma estratégia de gestão eficiente, principalmente nos serviços públicos, pois permite planejar ações para resolução de problemas considerando os diversos atores e as forças políticas envolvidas, em um contexto social dinâmico, inclusive admitindo que o futuro é incerto, e por isso deve-se planejar prevendo mais de um cenário posterior, diminuindo, dessa forma, o insucesso das intervenções propostas. (MATUS, 1993).

Corroborando à ideia do PES de participação dos atores sociais envolvidos nos problemas, Campione e Famolaro (2018) concluíram, em sua pesquisa, que a implementação da medição de cultura de rotina com ampla divulgação de resultados, um forte planejamento de ações de melhoria, que inclui apoio de liderança e envolvimento de todos os funcionários e programas multifacetados de segurança do paciente e educação, são medidas valiosas para o alcance da segurança do paciente, ações estas que poderão ser construídas com a própria equipe de saúde, como proposto na Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS.

Essa política traz como uma de suas estratégias a gestão participativa, que incentiva a participação tanto dos usuários como dos trabalhadores, como um processo de construção de mudanças do fazer em saúde, em um espaço coletivo no qual as análises, decisões e avaliações serão construídas coletivamente (BRASIL, 2009), sendo a proposta desta pesquisa, com a participação dos Enfermeiros na discussão por melhorias na segurança do paciente.

Dessa maneira, o PES é uma metodologia objetiva e de fácil aplicação, o envolvimento de diversos atores facilita a aplicação do plano de ação, assim como possibilita planejar ações viáveis, com grande impacto nos processos de cuidado em saúde, melhorando, dessa forma, a assistência e, conseqüentemente, o paciente será melhor assistido. (CAZAGRANDE; PONTES, 2018).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem quanti-qualitativa, que utilizou como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), desenvolvida em duas etapas, uma quantitativa, que avaliou a cultura de segurança do paciente na UPA com a utilização do SAQ; e a outra qualitativa, que propôs ações estratégicas para melhoria da segurança do paciente no local do estudo por meio de oficinas com os participantes.

A pesquisa do tipo exploratória visa entender o objeto estudado, tornando-o mais claro, elucidando o problema a ser estudado, podendo criar hipóteses (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2006), e a descritiva “estuda as relações entre duas ou mais variáveis de um dado fenômeno sem manipulá-las.” (KOCHE, 2011, p. 124).

4.1. REFERENCIAL METODOLÓGICO – PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A PCA busca desenvolver “conhecimento técnico/científico para minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 21), sendo escolhida para o desenvolvimento desta pesquisa devido à sua capacidade de relacionar o conhecimento teórico à prática profissional, pois ela prevê que os resultados de pesquisa sejam utilizados nas situações reais de trabalho, permitindo assim a participação do enfermeiro do local onde será realizada a pesquisa na transformação do seu próprio processo de trabalho.

Essa metodologia prevê mudanças na prática durante a pesquisa, produzindo ações de compromisso entre o trabalho do pesquisador e aquele dos enfermeiros assistenciais, o que possibilita a concretização de mudanças na prática. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A pesquisa foi desenvolvida nas quatro fases, propostas pela PCA: concepção, instrumentação, perscrutação e análise (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), que encontram-se resumidas no quadro de desenvolvimento da pesquisa (Quadro 1). A Figura 1 ilustra as fases.

FIGURA 1 – ILUSTRAÇÃO DAS FASES DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL



FONTE: A autora (2018).

QUADRO 1. QUADRO SINTÉTICO COM AS FASES DA PCA– CONTINUA

FASE DA PCA	AÇÕES	NESTE ESTUDO	PARTICIPANTES
CONCEPÇÃO (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, pag. 31-34)	Definir: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tema ✓ Objeto ✓ Justificativa ✓ Fundamentação teórica ✓ Questão norteadora (QN) ✓ Objetivos da pesquisa ✓ Espaço físico ✓ Participantes ✓ Instrumentos e técnicas de coleta de dados • Negociar proposta	<ul style="list-style-type: none"> • Tema: Segurança do Paciente • Objeto: Segurança do Paciente na UPA • Justificativa: Situações que colocam em risco a segurança dos pacientes que estão em atendimento nas UPA • QN: Como prestar cuidado seguro e com qualidade em unidades de Pronto Atendimento? • Fundamentação teórica abrangendo: a estruturação da rede de atenção às urgências e emergências e as UPAS; a segurança do paciente e os serviços de emergência; cultura organizacional e cultura de segurança e planejamento estratégico situacional e ferramentas de planejamento • Espaço físico: UPA • Participantes: Enfermeiros 	Pesquisadora Coordenação UPA Equipe de enfermagem

QUADRO 1. QUADRO SINTÉTICO COM AS FASES DA PCA– CONTINUA

FASE DA PCA	AÇÕES	NESTE ESTUDO	PARTICIPANTES
		<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento e técnicas de coleta de dados: SAQ e oficinas • Negociação: Expor como será o trabalho a equipe; solicitar permissão a coordenação para o desenvolvimento da pesquisa 	
INSTRUMENTAÇÃO (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, pag. 34-45)	Detalhar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Espaço físico ✓ Participantes ✓ Instrumentos e técnicas de coleta de dados ✓ Negociar proposta 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço Físico: UPA de uma cidade do sul do Brasil • Participantes: Enfermeiros com mais de 6 meses de atuação na unidade • Instrumentos e técnicas de coleta de dados: questionário SAQ e oficinas com os participantes • Negociação: Convidar participantes por meio de mensagens via <i>Whatsapp</i> e mural; explicar objetivos da pesquisa aos participantes; entregar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. • Conversar com gerência da unidade sobre a realização das oficinas. • Divulgar oficinas com participantes para discussão de propostas de melhorias na segurança do paciente Pactuar participação nas oficinas 	Pesquisadora Enfermeira auditora Coordenação de Enfermagem Enfermeiros
PERSCRUTAÇÃO (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, pag. 45-46)	“Procura minuciosa e profunda de condições para mudanças em todo contexto da investigação”. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 46) Pode ocorrer simultaneamente com as fases de instrumentação e análise	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar o instrumento (Anexo 2) - SAQ • Buscar embasamento teórico para desenvolvimento das discussões em grupo • Planejar e realizar oficinas com participantes: 1ª) escolha dos principais problemas de segurança do paciente na UPA; 2ª) levantamento de propostas de melhoria; 3ª) adequação e aprovação dos planos de ação 	Pesquisadora Aluna IC Enfermeiros
ANÁLISE (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, pag. 46-60)		<ul style="list-style-type: none"> • Organizar dados quantitativos: abordagem quantitativa. Estatística descritiva (distribuição de frequência, médias, medianas), e inferencial 	Pesquisadora Aluna IC

QUADRO 1. QUADRO SINTÉTICO COM AS FASES DA PCA– CONCLUSÃO

FASE DA PCA	AÇÕES	NESTE ESTUDO	PARTICIPANTES
	Inicia-se com a coleta de informações (apreensão), segue com a organização das informações coletadas, síntese dos dados, teorização (compreensão do fenômeno) e transferência, que “consiste na possibilidade de transferência dos resultados da PCA em situações similares com a intensão de transferi-los e socializá-los” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 58)	<ul style="list-style-type: none"> • com aplicação de testes em pacotes estatísticos • Organizar dados qualitativos: transcrição das falas dos participantes durante oficinas. Análise estatística no software R: nuvens de palavras e grafos de similitude • Elaborar plano de ação <i>5w3h</i> • Relacionar os resultados obtidos na pesquisa com a literatura científica atual 	

FONTE: A autora (2018).

As intervenções propostas foram desenvolvidas utilizando-se a lógica do PES, que possibilitou organizá-las de acordo com seus conceitos e momentos.

A seguir será apresentada a trajetória percorrida, detalhando como cada fase da PCA foi desenvolvida nesta pesquisa.

4.1.1 Primeira fase da Pesquisa Convergente Assistencial - Concepção

A fase de concepção abrange a definição do problema de pesquisa, dos objetivos, da justificativa, da revisão de literatura, do referencial metodológico e da metodologia, a delimitação do espaço físico, das escolhas dos participantes e de como será procedida a coleta de dados. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Nessa fase, as autoras do método preveem a negociação da proposta para incentivarem a participação da equipe no projeto.

A definição do problema de pesquisa e dos objetivos ocorreu em conjunto com a orientadora da pesquisa, Prof. Dra. Karla Crozeta Figueiredo, como subprojeto da pesquisa em andamento intitulada “Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado”, sendo que o local desta pesquisa (a UPA) foi inserido nesse grande projeto.

A justificativa, bem como a revisão da literatura foram construídas desde a entrada da pesquisadora no programa de mestrado, e a última teve seus tópicos delineados de acordo com o foco da linha de pesquisa, ou seja, no gerenciamento. Porém antes do ingresso da pesquisadora no mestrado profissional já havia a proposta de trabalhar a segurança do paciente na UPA, pois este tema também é de interesse da coordenação da unidade, ao concordar com a realização da pesquisa bem como demonstrar interesse na sua realização.

Nessa fase, as autoras da PCA propõem a sondagem e a negociação da proposta, pois a mudança pretendida depende da equipe que ali atua, portanto é preciso expor, de modo a incentivar a participação da equipe. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A equipe de enfermagem é sensível ao tema, pois diariamente reporta falhas cometidas ou “quase erros”, mostrando-se preocupada com a ocorrência de tais situações.

Durante conversas informais, expôs-se a alguns integrantes da equipe do local do estudo a ideia de desenvolvimento desta pesquisa, a fim de iniciar a negociação da proposta, e as respostas recebidas reforçaram a importância da temática e da pesquisa, assim como a autorização da coordenação para a sua realização. Na fase de instrumentação a negociação foi retomada.

Assim, foi definido que o espaço de desenvolvimento da pesquisa seria a UPA, local de trabalho da pesquisadora desde sua inauguração em dezembro de 2014 e os participantes seriam todos os enfermeiros dessa unidade, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão delimitados adiante.

Para avaliar a CS do paciente foi escolhido o questionário SAQ, e para o desenvolvimento das propostas de intervenção de melhorias foram realizadas oficinas com os Enfermeiros participantes.

4.1.2 Segunda fase da Pesquisa Convergente Assistencial – Instrumentação

A fase seguinte, de instrumentação, é delineada pelos “procedimentos mais detalhados” em relação à escolha do espaço físico da pesquisa, dos participantes e dos instrumentos e técnicas de coleta de dados. Também nessa fase é prevista a negociação da proposta, na qual o pesquisador negocia com os participantes a mudança a ser desenvolvida. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 34).

“A PCA pode ser conduzida em qualquer serviço de atuação da enfermagem” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 34) e portanto o cenário de pesquisa foi uma UPA de uma cidade do sul do Brasil, por ser o cenário no qual a pesquisadora atua como enfermeira assistencial. Os participantes foram todos os Enfermeiros que aceitaram participar do estudo, tanto aqueles que atuam na assistência aos pacientes quanto os que atuam na gerência, conforme o referencial metodológico, o qual indica que os participantes devem ser aqueles que atuam profissionalmente no espaço de pesquisa. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para a coleta de dados, na etapa quantitativa, esses enfermeiros receberam um instrumento de pesquisa (ANEXO 2) com objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente.

Na etapa qualitativa, os dados foram coletados por meio de oficinas realizadas com os Enfermeiros.

4.1.2.1 O cenário de estudo

O local de proposta deste estudo está localizado em um município do sul do Brasil, com população estimada de cerca de 300 mil habitantes (IBGE, 2016), que atualmente possui uma única UPA, habilitada como porte III.

Quanto à estrutura física, possui 22 leitos de observação adulto, cinco de pediatria, e seis de emergência. A equipe de profissionais dessa unidade é composta por 31 enfermeiros assistenciais, quatro enfermeiros supervisores/gerenciais, 90 técnicos e auxiliares de enfermagem, 98 médicos, duas assistentes sociais, um psicólogo, dois farmacêuticos, 11 técnicos de raio X (RX), 24 agentes administrativos, um estagiário de ensino médio, 12 vigilantes, duas copeiras, 21 funcionárias da higienização, um funcionário da manutenção, uma enfermeira administrativa, uma enfermeira auditora e um agente de saúde. A unidade funciona 24 horas por dia, ininterruptamente. Ressalta-se a existência do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde local, sendo a UPA um dos campos de prática.

A UPA realiza atendimento de pacientes adultos (a partir de 12 anos) e pediátricos e atualmente atende 376 pacientes diariamente em média (70% adultos e 30% crianças)⁷.

O perfil predominante é de pacientes com enfermidades de origem clínica, porém também são atendidas vítimas de trauma ou com quadros cirúrgicos, os quais recebem o primeiro atendimento na UPA e são encaminhados para o serviço hospitalar. Destaca-se que a UPA é referência para atendimento emergencial para pacientes com transtornos em saúde mental.

Para a prestação de assistência, a UPA está organizada em seis setores: internamento, sala de emergência, soroterapia, classificação de risco, consultórios médicos e atendimento de odontologia. O atendimento adulto e pediátrico é realizado em locais diferentes, ou seja, existem dois setores destes mencionados, um de cada para atendimento de adultos e um de cada para atendimento infantil, exceto a odontologia.

Além destes, há os serviços administrativos e de apoio: farmácia, almoxarifado, Central de Material Esterilizado (CME), serviço de higienização, manutenção, serviço social, psicologia, RX, copa, recepção, auditoria e coordenação.

Os leitos de observação localizam-se no setor de internamento adulto, com 22 leitos, e infantil, com 5 leitos, e possuem grande rotatividade⁸, pois há situações em que um mesmo leito é ocupado mais de uma vez por pacientes diferentes em um período de 12 horas. Os pacientes do internamento adulto e pediátrico são considerados estáveis, sem necessidade de cuidados intensivos.

A sala de emergência adulto possui quatro leitos fixos, podendo estender-se para mais dois leitos, dependendo da demanda, e a sala de emergência pediátrica possui dois leitos e é pouco utilizada devido a poucos casos graves com crianças atendidos. Nesses locais são internados pacientes em situação crítica, com maior risco de morte, sendo sua estrutura semelhante a uma unidade de terapia intensiva (UTI), inclusive com suporte para manutenção de ventilação mecânica, administração de drogas vasoativas etc.

A sala de emergência adulto apresenta alta rotatividade de leitos e, para atender a demanda do município, a equipe busca manter um leito livre e reduzir o

⁷ Os dados estatísticos sobre atendimento da UPA foram disponibilizados pela Enfermeira auditora da UPA.

⁸ Dado empírico, pois o município não possui números oficiais.

tempo de permanência, buscando o encaminhamento de pacientes graves aos serviços de maior densidade tecnológica.

Todos os pacientes que ficam internados na UPA são cadastrados em uma central de leitos, responsável pela distribuição de leitos hospitalares para toda a capital do estado e região metropolitana. Pacientes com transtornos em saúde mental são cadastrados na Central de Leitos Psiquiátricos, a qual é responsável pela distribuição dos leitos psiquiátricos no estado. A referência do município para atendimento a vítimas de trauma e casos cirúrgicos é o hospital municipal local, com atendimento 100% SUS, o qual atende casos de baixa e média complexidade. Os casos de alta complexidade são direcionados pela regulação médica do SAMU e do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE).

Considerando-se a soma do número de pacientes internados dos setores de internamento adulto e pediátrico e a sala de emergência, tem-se uma média mensal de 676 internamentos.

Além desses setores que mantêm pacientes internados, há também o setor de “soroterapia”, o qual é constituído de salas de medicação, de administração de medicação via intramuscular e de eletrocardiograma (ECG) e de sutura. Esse é responsável pelo atendimento dos pacientes encaminhados dos consultórios médicos com prescrição para realização de algum procedimento como: medicação, coleta de exames, realização de ECG, curativos, sutura, cateterismos e sondagens diversas. O paciente atendido poderá ser liberado para casa ou então encaminhado para os setores de internamento ou sala de emergência.

São 11 consultórios médicos, sete para atendimento adulto e quatro de pediatria. Antes da consulta médica, os pacientes são atendidos na classificação de risco realizada por dois Enfermeiros (um para atendimento adulto e outro pediátrico), com a utilização do Protocolo de Manchester⁹, com média de atendimento diário de 470 pacientes.

Atualmente, a unidade possui como corpo de sua gerência: uma diretora enfermeira, uma coordenadora enfermeira, dois coordenadores médicos, dois enfermeiros supervisores, três técnicas de enfermagem, três agentes administrativos

⁹ O profissional na classificação de risco define a queixa principal do paciente, seleciona em uma lista pré definida o sinal ou sintoma apresentado em cada nível de prioridade clínica e então o paciente é classificado em um sistema de cores (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho), que identifica qual é a urgência da situação apresentada naquele momento, o que determinará qual é o tempo de espera para atendimento médico. (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

e uma estagiária de ensino médio. A gerência da unidade está subordinada diretamente ao secretário de saúde.

4.1.2.2 Participantes da pesquisa

Fizeram parte da pesquisa todos os enfermeiros da UPA atuantes há mais de seis meses na unidade tanto na assistência aos pacientes como na gerência da unidade, e que estavam trabalhando no momento da coleta de dados.

Optou-se pela delimitação de seis meses de atuação na unidade por considerar que um tempo menor que este o profissional ainda não terá incorporado a cultura organizacional na sua prática, pois “os profissionais com menos de seis meses na instituição ainda estão tentando adaptar-se ao ambiente de trabalho e por vezes percebem a instituição de maneira positiva” (CARVALHO et al., 2011), podendo interferir nos resultados da pesquisa.

Foram critérios de exclusão: enfermeiro afastado por motivos de saúde, trabalhistas, férias ou indisponíveis no período de coleta de dados.

Na etapa qualitativa participaram 23 enfermeiros, excluindo-se uma enfermeira que se encontrava de licença maternidade, sendo: 19 enfermeiros assistenciais, um enfermeiro supervisor, uma enfermeira supervisora da CME, uma enfermeira coordenadora de enfermagem e uma enfermeira coordenadora da unidade.

Na etapa qualitativa participaram 16 enfermeiros: uma enfermeira coordenadora da unidade, uma enfermeira coordenadora de enfermagem, uma enfermeira supervisora da CME, uma enfermeira administrativa, e 12 enfermeiros assistenciais, sendo que alguns enfermeiros participaram em mais de uma oficina.

4.1.2.3 Instrumento e técnica de coleta de dados

A etapa quantitativa utilizou o questionário “*Safety Attitudes Questionnaire – SAQ Short Form 2006*” (ANEXO 2) como instrumento para a coleta de dados. Esse instrumento foi traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil por Carvalho (2011), e foi utilizado nesta pesquisa com o objetivo de avaliar a cultura de segurança do paciente no cenário de estudo.

O SAQ contém 41 questões, sendo a primeira parte, com 36 questões que contemplam seis domínios que medem a cultura de segurança, que são: clima de

trabalho em equipe; satisfação no trabalho; percepção da gestão da unidade e do hospital; condições de trabalho e reconhecimento de stress (Quadro 2). A segunda parte é composta por cinco perguntas de caracterização do participante como sexo, profissão e tempo na especialidade.

QUADRO 2 – DOMÍNIOS DO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE, QUESTÕES CORRESPONDENTES E DESCRIÇÃO DE CADA DOMÍNIO - CONTINUA

DOMÍNIO	QUESTÕES	DESCRIÇÃO
Clima de trabalho em equipe	1 a 6	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe
Clima de segurança	7 a 13	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente
Satisfação no Trabalho	15 a 19	É a visão positiva do local de trabalho
Reconhecimento de Estresse	20 a 23	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho
Percepção da gestão da unidade e do hospital	24 a 29	Refere-se à aprovação das ações da gerência quanto as questões de segurança
Condições de Trabalho	30 a 32	Refere-se à percepção da qualidade do ambiente de trabalho
Não possui domínio	14, 33 a 36	-

FONTE: adaptado de CARVALHO, 2011.

O questionário permitiu a caracterização dos participantes, sendo que nenhum deles teve seu nome identificado neste instrumento.

O questionário foi aplicado em local dentro da UPA, escolhido pelo participante, em seu horário de trabalho, sendo que a pesquisadora permaneceu próximo a ele para esclarecer eventuais dúvidas.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora com o acompanhamento de uma aluna de Iniciação Científica (IC) que integra o projeto de pesquisa. Antes da aplicação do instrumento, a pesquisadora explicou o objetivo da pesquisa e entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) para o aceite em participar da pesquisa. Após o aceite em participar da pesquisa foi explicado a cada participante os termos gerais do questionário, quais eram as opções e como preencher as respostas. Os participantes utilizaram em média 10 minutos para responder ao questionário.

Após a análise dos dados coletados, a pesquisa seguiu com a etapa qualitativa, que utilizou como técnica de coleta de dados a realização de oficinas.

A oficinas foram realizadas com os enfermeiros para apresentação dos resultados obtidos com o SAQ e escolha dos problemas prioritários, assim como

discussão para elaboração de propostas de melhoria na segurança do paciente e adequação e aprovação dos planos de ação elaborados a partir dessas propostas.

Os enfermeiros foram convidados para as oficinas por meio de convite encaminhado via aplicativo de celular e convite fixado no mural da unidade. As datas e horários foram organizados de forma a contemplar os dois turnos de trabalho (diurno e noturno).

Para realização das oficinas, foram convidados todos os Enfermeiros da UPA, visto que para a escolha de problemas e elaboração de propostas de melhorias a visão de Enfermeiros com menos tempo de atuação na UPA também é importante, uma vez que estes têm um olhar diferenciado dos demais para os mesmo problemas, pois não estão imersos nas rotinas como os mais antigos.

4.1.2.4 Negociação da proposta

Durante vários momentos nesta pesquisa foi necessária a negociação com os participantes para concretização de suas etapas. A negociação da proposta com os estes, para aplicação do SAQ, foi realizada um dia antes da coleta de dados por meio de mensagens no aplicativo de celular enviada pela pesquisadora aos enfermeiros.

A mensagem pelo aplicativo teve como objetivo avisar antecipadamente aos Enfermeiros que seria aplicado o questionário, como estratégia de facilitar a abordagem inicial do participante, desejando a compreensão do objetivo principal da pesquisa, bem como da importância de sua participação, incentivando-a.

A negociação para a realização das oficinas foi realizada primeiramente com a gerência da unidade, em uma breve reunião com o objetivo de explicar essa etapa da pesquisa, para que assim compreendessem a importância da mesma, não só para a pesquisa mas também para a unidade, e para solicitar autorização de utilização do espaço na UPA bem como de projetor de apresentações audiovisuais.

Após a negociação com a gerência foi negociado com os enfermeiros, por meio de mensagem no aplicativo de celular com o envio de um convite para participarem das oficinas.

4.1.2.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa possui o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 66939717.3.3003.0100 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 2.573.420 (ANEXO 3).

Os preceitos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados de acordo com a legislação vigente e, para tal, foi explicado aos participantes todos riscos e benefícios de sua participação. Após o aceite, cada participante assinou o TCLE (APÊNDICE 1).

Foi esclarecido a cada participante que a qualquer momento poderia escolher por não participar da pesquisa e tal decisão não implicaria qualquer dano ao mesmo.

As oficinas foram gravadas em áudio (processo de apreensão) com um aplicativo de celular de gravação após permissão dos participantes. Durante a oficina, a pesquisadora teve o cuidado de respeitar as opiniões dos participantes, de modo a não coagi-los, não julgar suas falas, para que ficassem à vontade para se expressarem, deixando-os livres, buscando transparecer a eles que não havia certo ou errado, mas que cada fala era importante no contexto total. A confidencialidade foi respeitada com a codificação dos participantes, que foram identificados com a letra E seguida de um número, por exemplo, E1, E2, e assim sucessivamente, respeitando-se a preservação da identidade dos Enfermeiros.

4.1.3 Terceira fase da Pesquisa Convergente Assistencial – Perscrutação

A perscrutação se caracteriza como uma “procura minuciosa e profunda de condições para mudanças em todo contexto da investigação” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 46), é nessa fase que os dados de pesquisa são coletados, ela está didaticamente separada das demais porém “está imbricada nas fases de instrumentação e análise”. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 45).

Iniciou com a aplicação do questionário SAQ aos participantes, realizada entre julho e agosto de 2018 e, após a análise dos dados coletados (fase de análise), foram planejadas as oficinas com os enfermeiros para escolha de problemas e elaboração de propostas de melhorias relacionados à segurança do paciente na UPA.

Segundo Afonso et al. (2013) as oficinas

“visam oferecer uma estrutura onde o grupo possa viver um processo de elaboração de suas questões, trabalhando ao mesmo tempo a experiência e a informação, e buscando de maneira integral, “sentir, pensar e agir.”

As oficinas foram realizadas, segundo um roteiro, previamente planejado pela pesquisadora (APÊNDICE 2).

Foram realizados 11 encontros, entre outubro de 2018 e abril de 2019, organizados da seguinte forma:

- 1ª Oficina (momento explicativo do PES): realizados cinco encontros, três nos plantões diurno e dois nos plantões noturno, em local dentro da UPA, em outubro de 2018, nos quais foram apresentados os resultados de cada questão dentro de cada domínio assim como as questões sem domínio do SAQ. Nessas oficinas, os participantes escolheram os problemas que consideraram prioritários. Houve a participação de uma aluna de IC, que colaborou na organização da oficina.
- 2ª Oficina (momento normativo e explicativo do PES): um encontro, na sede campestre da Associação dos Funcionários Públicos Municipais, em novembro de 2018, para a discussão do problema “Comunicação” e das propostas de ações para melhoria desse problema.
- 3ª Oficina (momento normativo do PES): um encontro, no mesmo local da segunda oficina, em novembro de 2018, para a discussão do problema “Número insuficiente de profissionais” e das propostas de ações para melhoria desse problema.
- 4ª Oficina (momento estratégico do PES): realizados quatro encontros, dois nos plantões diurno e dois nos plantões noturno, em local dentro da UPA, em abril de 2019, para a apresentação, adequação e aprovação dos planos de ação com as propostas sugeridas pelos Enfermeiros.

Os resultados obtidos com o SAQ foram apresentados aos Enfermeiros na primeira oficina, em formato de apresentação de *Power Point* elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE 4).

Os resultados das questões foram apresentados com gráficos, dentro de cada domínio, assim como as questões sem domínio. As questões com piores resultados foram destacadas com um envoltório retangular em vermelho. Após a apresentação das questões apresentou-se uma tabela com os resultados das médias dos domínios e questões sem domínio, destaque para os piores resultados também foi dado da

mesma forma que para as questões. Os resultados foram sintetizados e apresentaram-se os três piores domínios e os principais problemas identificados.

No primeiro, segundo, terceiro e quarto encontros participaram três Enfermeiras, e no quinto participaram duas, totalizando 11 Enfermeiros na primeira oficina. Cada oficina teve duração média de 40 minutos.

Ao final de cada encontro a pesquisadora perguntou aos participantes como gostariam de trabalhar os problemas apontados pelo SAQ, e então foram oferecidas opções - como trabalhar por domínios, escolher questões que consideravam importantes, trabalhar com alguns problemas apontados na apresentação, e também deixou-se livre aos participantes a escolha por outras formas de trabalhar os problemas.

Foi pactuado com os enfermeiros que deveriam ser trabalhados problemas de governabilidade deles ou então a construção da viabilidade daqueles que não são de sua governabilidade, assim como propõe a metodologia do PES, ou seja, os Enfermeiros teriam que ter poder de ação sobre o problema, pois as ações propostas deveriam ser postas em prática por eles.

Dessa forma, foi unânime a escolha com base nos principais problemas apontados na apresentação e foram priorizados dois problemas, também de forma unânime, “Comunicação” e “Número insuficiente de profissionais”. Foram priorizados dois problemas somente, pois os Enfermeiros entenderam que seria mais viável trabalhar um problema por oficina, considerando o tempo que dispunham para os próximos encontros.

Para a escolha do problema “Número insuficiente de profissionais” foi discutido como trabalharíamos esse problema, uma vez que não possuímos governabilidade sobre ele, pois os Enfermeiros não poderiam contratar mais profissionais. Assim foi decidido por eles que as ações para melhoria do número de profissionais deveriam ser voltadas a criar a viabilidade para conseguir aumentar o número de profissionais, assim como sugere a metodologia do PES.

Na segunda oficina foi discutido o problema “Comunicação”, teve a participação de seis Enfermeiros e teve duração de duas horas. Para facilitar a discussão do problema “comunicação” a fim de encontrar os principais fatores contribuintes associados, foi utilizado um cartaz com o desenho do Diagrama de Ishikawa (APÊNDICE 3).

A representação gráfica do diagrama de Ishikawa foi utilizada conforme modelo proposto no documento “Gestão de Riscos e investigação de Eventos Adversos” (ANVISA, 2017), modelo baseado na estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do paciente proposta pela OMS em 2009. O diagrama organiza as causas ou fatores contribuintes do problema que se quer investigar em grupos, e no modelo utilizado os grupos são os seguintes:

- Profissionais: relacionados aos profissionais da organização como, por exemplo, comportamento negligente, má aplicação de boas práticas, compreensão falha.
- Organizacional/serviço: refere-se aos protocolos, políticas, processos, cultura, organização das equipes, carga de trabalho, decisões organizacionais e recursos.
- Trabalho/ambiente: relacionado à infraestrutura, ao ambiente físico, ao risco ambiental etc.
- Pacientes: relacionado a fatores que envolvem estes, como baixa compreensão, fatores emocionais etc.
- Externos: relacionado ao ambiente natural, aos produtos, às tecnologias e infraestrutura, aos serviços, aos sistemas e às políticas.
- Outros: causas que não se encaixam nas demais categorias (OMS, 2009).

Assim o desenho direcionou o raciocínio para os grupos específicos, facilitando o reconhecimento dos nós críticos que, conforme Matus (1993), são os pontos de ação, nos quais ao agir-se sobre eles resultarão em mudanças de alto impacto na realidade.

A discussão foi incentivada pela pesquisadora, que participou também como moderadora, e instigou os participantes a buscarem os “porquês” que levavam à ocorrência dos fatores citados por eles como associados ao problema. Dessa forma, a pesquisadora agiu como facilitadora na seleção dos nós críticos e na determinação de quais ações são prioritárias, auxiliando os enfermeiros na seleção de propostas de intervenção.

No decorrer da discussão, os fatores contribuintes eram apontados, assim como as ações que poderiam minimizá-los. Os participantes escreveram com caneta vermelha em cartões, entregues no início da oficina, os possíveis fatores dentro de cada grupo do diagrama. Os cartões foram colados no cartaz com auxílio de fita

adesiva (APÊNDICE 5). As propostas de ações também foram escritas nos cartões e coladas no cartaz.

Ao final da oficina, cada fator contribuinte foi revisado a fim de certificar que para cada um deles havia uma proposta de ação para sua melhoria, porém uma mesma ação foi relacionada a mais de uma causa.

Para a discussão do problema “Número insuficiente de profissionais”, trabalhado durante a quarta oficina, foi utilizada apresentação em *Power Point*, na qual expuseram-se propostas de como viabilizar o aumento do quadro de enfermagem da UPA, baseadas no conteúdo ministrado no curso “Dimensionamento da equipe de Enfermagem”¹⁰, realizado durante o 70º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEN) em novembro de 2018 e na Resolução nº 543 de 2017, que trata do dimensionamento da equipe de enfermagem (COFEN, 2017).

Após a apresentação, os Enfermeiros ficaram livres para manifestarem as suas opiniões a respeito das ideias apresentadas a fim de que expusessem sua concordância ou não, bem como para que trouxessem outras ideias. Foi aceita a proposta de realizar a classificação de pacientes e então a discussão seguiu com o debate de como colocar em prática a proposta.

A quarta oficina aconteceu em quatro encontros, na mesma proporção entre os turnos. Nessa oficina, foram apresentados, adequados e aprovados os planos de ação no modelo da ferramenta *5w3h* elaborado pela pesquisadora na fase de análise conforme descrito adiante.

Após a quarta oficina a pesquisadora reuniu-se com a coordenadora da UPA e apresentou os planos de ação aprovados, para que, dessa forma, a gerência da unidade tomasse conhecimento das propostas construídas pelos Enfermeiros durante essa pesquisa.

4.1.4 Quarta fase da Pesquisa Convergente Assistencial – Análise

A fase de análise inicia-se com o processo de apreensão de dados, com a coleta de informações, descrita na fase de perscrutação, pela coleta de dados por meio do SAQ e das oficinas. Nessa fase, houve o auxílio de um profissional Estatístico.

¹⁰ Ementa do curso de “Dimensionamento da equipe de enfermagem”: Apresentação sobre o dimensionamento da equipe de enfermagem, aspectos éticos e legais envolvidos. Processo de trabalho, aspectos que interferem no dimensionamento de enfermagem. (CBEN, 2018).

Após a coleta dos dados, inicia-se o processo de síntese, no qual, para a organização dos dados obtidos com o SAQ, utilizou-se tabela do *software* Excel. Essa organização foi realizada pela pesquisadora e pela aluna de IC, ou seja, cada uma com uma planilha, idêntica, procedeu a alimentação com os dados, ao mesmo tempo e, após, foram comparadas as planilhas a fim de identificar erros e corrigi-los.

As respostas de cada item do questionário seguem a escala de cinco pontos de Likert, sendo que a pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, em que zero representa a pior percepção do clima de segurança e 100 representa a melhor percepção, sendo considerado um resultado positivo quando a pontuação total é maior ou igual a 75. Desse modo, as questões podem ser respondidas e pontuadas das seguintes formas.

- Discordo totalmente (A) = 0 pontos.
- Discordo parcialmente (B) = 25 pontos.
- Neutro (C) = 50 pontos.
- Concordo parcialmente (D) = 75 pontos.
- Concordo totalmente (E) = 100 pontos.
- Não se aplica (X) = não pontua (CARVALHO, 2011).

Para a contagem de pontos, primeiramente, os itens reversos (questões 2, 11 e 36) foram recodificados, assim, as respostas “concordo totalmente” passam a ser “discordo totalmente” e, da mesma forma, analogamente, para os demais itens. Após isso, as respostas foram somadas por domínio e o resultado dividido pelo número de questões do respectivo domínio, obtendo-se a média.

Após essa organização, foi realizada a análise estatística que possibilitou a determinação das relações entre os dados, assim como a determinação da técnica para análise deles. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A análise dos dados do SAQ foi realizada por meio de estatística descritiva, com distribuição da frequência relativa e absoluta de cada resposta em cada questão, representados por meio de gráficos e tabelas; e inferencial para avaliar a relação entre as variáveis por meio da aplicação de testes em pacotes estatísticos.

A análise descritiva compreende a descrição da caracterização dos enfermeiros; descrição do número absoluto e do percentual de cada resposta em cada questão dentro de cada domínio e das questões sem domínio, seguido de

representação gráfica; e descrição dos escores médios dos domínios, bem como das questões que não pertencem a nenhum domínio.

As respostas “discordo totalmente” e “discordo parcialmente” representam respostas negativas (desfavoráveis à questão), e estão apresentadas à esquerda do eixo central dos gráficos (Porcentagem = 0) com tons de bege, portanto os números à extrema esquerda dos gráficos representam a proporção de respostas negativas.

Já as respostas “concordo parcialmente” e “concordo totalmente” representam respostas positivas, e estão representadas à direita do eixo central dos gráficos (Porcentagem = 0) em tons de azul. Portanto, os números à extrema direita dos gráficos representam a proporção de respostas positivas. Por fim, apresenta-se também a categoria neutra nos gráficos na cor cinza.

Quando havia mais de uma resposta marcada para uma mesma questão esta foi anulada. As categorias “não se aplica”, “não respondeu” e “anulada” não estão presentes nos gráficos, o percentual foi recalculado sem considerar essas respostas, ou seja, considerou-se somente as respostas “válidas”. A não representação dessas categorias nos gráficos não traz uma grande perda de informação, pois elas foram pouco frequentes para os domínios, nas tabelas dos domínios e questões isoladas é exibido o número de informações anuladas para cada questão.

A análise inferencial foi feita separadamente entre os domínios e as questões isoladas, e foi realizada com o propósito descrito abaixo.

1) Domínios

a) Avaliar se existe relação da distribuição de escore dos domínios com o cargo dos enfermeiros a partir do teste de Mann Whitney. (SIEGEL, 1975).

b) Avaliar se existe relação da distribuição de escore dos domínios com o tempo na especialidade a partir do coeficiente de correlação de Spearman.

2) Questões sem domínio (14, 33, 34, 35 e 36):

a) Avaliar se existe relação para as respostas das questões em relação ao cargo dos enfermeiros a partir do teste de associação de Fisher (SIEGEL, 1975);

b) Avaliar se existe relação para as respostas das questões em relação ao tempo na especialidade a partir do coeficiente de correlação de Spearman.

Fez-se necessário realizar diferentes testes estatísticos vide as diferentes representações de cada variável/domínio.

As variáveis por si só de cada domínio são qualitativas ordinais (por utilizar escala Likert) e, sendo assim, embora não proibitivo, representá-las pela média não é o mais recomendado, mas sim pela proporção de respostas de cada categoria.

O escore médio dos domínios, por sua vez, representam as médias entre as questões que compõem o domínio, e assim, passa a ter características intervalares, e o mais indicado é utilizar medidas descritivas como a média, conforme recomendado por Carvalho (2011).

As questões que tiveram suas pontuações invertidas receberam o sufixo “.inv” para melhor identificação das mesmas.

O *software* utilizado para desenvolver a análise foi o R. (R CORE TEAM, 2018).

Sequencialmente, os dados foram interpretados iniciando um processo de teorização para a compreensão do fenômeno. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A partir da análise descritiva e inferencial dos dados, foi possível identificar quais eram os principais problemas, baseando-se naquelas questões com mais de 50% de respostas negativas, assim como os domínios que obtiveram os resultados abaixo do esperado, ou seja, com pontuação menor que 75, o que possibilitou a sintetização dos principais problemas que foram apresentados na primeira oficina.

Após a finalização da análise da etapa quantitativa, o estudo prosseguiu para a etapa qualitativa, com a realização das oficinas com os enfermeiros descritos na fase de perscrutação.

As falas dos participantes foram transcritas no *software Word*, sendo retirada a fala da pesquisadora.

Antes de proceder a análise, realizou-se o pré-processamento do texto da seguinte forma: 1) remoção de termos fornecidos pela pesquisadora (Quadro 3); 2) transformação de todos os termos em minúsculas; 3) retirada da pontuação do texto; 4) remoção dos números, reescrevendo-os por extenso; 5) remoção de espaços em branco extras; 6) remoção dos *stopwords* (Quadro 3), que são palavras que não trazem significado, servindo apenas para formar a frase, mas que sozinhas não tem significado, como artigos, pronomes, ou verbos de transição; 7) obtenção somente do radical de cada termo pelo algoritmo *SnowballC* (PORTER, 2001); 8) conversão dos radicais novamente à palavra original mais frequente através de um algoritmo

heurístico¹¹ (as palavras radicadas que não foram encontradas a versão completa, por se tratar de um algoritmo heurístico, manteve-se a versão radicada); e 9) criação das matrizes através de tf-prop e tf-idf.

QUADRO 3 – LISTA COM TERMOS FORNECIDOS PELA PESQUISADORA E *STOPWORDS* - CONTINUA

Lista com termos fornecidos pela pesquisadora	á, acham, acho, ah, aham, ai, aí, ali, alouuu, aqui, assim, ata, bem, cá, Carol, Clau, coisa, coisarada, coisaradas, dá, daí, dar, dia, disso, diz, é, E1, E2, E3, E4, E5, E6, então, eu, exatamente, exemplo, fala, fala não identificada, falar, falas ao fundo não identificadas, falas não identificadas, falou, gente, ia, identificada, identificadas, ir, João, José, lá, leitão, Lu, Mari, meia, mesma, mim, né, ó, oh, Ordilene, outra, palavra não identificada, pode, poder, por que, porco, porque, porquê, pra, pras, pro, quer, segunda, ser, sexta, sim, tá, tal, Talita, tão, ter, tô, ue, ué, uhum, vai, vamo, vamos, vão, várias falas não identificadas, vê, vezes, vi, viu e vou.
<i>Stopwords</i>	de, a, o, que, e, do, de, da, em, um, para, com, não, uma, os, no, se, na, por, mais, as, dos, como, mas, ao, ele, das, à, seu, sua, ou, quando, muito, nos, já, eu, também, só, pelo, pela, até, isso, ela, entre, depois, sem, mesmo, aos, seus, quem, nas, me, esse, eles, é, foi, tem, ser, há, está, era, ter, estão, você, tinha, foram, essa, num, nem, suas, meu, às, minha, têm, numa, pelos, elas, havia, seja, qual, será, nós, tenho, lhe, dele, essas, esses, pelas, este, fosse, dele, tu, te, vocês, vos, lhes, meus, minhas, teus, teu, tua, tuas, nossos, nosso, nossa, nossas, delas, dela, estes, este, esta, estas, aquele, aqueles, aquela, aquelas, isto, aquilo, estou, está, estamos, estão, estive, esteve, estiveram, estivemos, estava, estávamos, estavam, estivera, estivéramos, esteja, estejam, estejam, estivesse, estivéssemos, estivessem, estiver, estivermos, estiverem, hei, há, havemos, hão, houve, houvermos, houveram, houvera, houveramos, haja, hajamos, hajam, houvesse, houvéssemos, houvessem, houver, houvermos, houverem, houverei, houverá, houveremos, houverão, houveria, houveríamos, houveriam, ou, somos, são, era, éramos, eram, fui, foi, fomos, foram, fora, fôramos, seja, sejamos, sejam, fosse, fôssemos, fossem, for, formos, forem, serei, será, seremos, serão, seria, seríamos, seriam, tenho, tem, temos, têm, tinha, tínhamos, tinham, tive, teve, tivemos, tiveram, tivera, tivéramos, tenha, tenhamos, tenham, tivesse, tivéssemos, tivessem, tiver, tivermos, tiverem, terei, terá, teremos, terão, teria, teríamos, teriam

FONTE: a autora (2019).

Para análise das falas, foram utilizados os métodos de nuvem de palavras e grafos, elaborados por meio do software R (R CORE TEAM, 2018), não sendo possível a utilização do *software Iramuteq* por não atingir o número mínimo de 20 corpus que este exige. Gráficos em barras também foram usados para complementar a representação das nuvens de palavras e facilitar as análises.

As nuvens de palavras são representações gráficas dos termos mais frequentes em um documento. “Termo” é sinônimo de palavra, porém utiliza-se termo

¹¹ Um algoritmo busca, através de passos determinados, uma solução final perfeita, porém esta nem sempre poderá ser perfeita, buscando-se então uma solução ótima, sendo o objetivo do algoritmo heurístico (ROMANYCIA; PELLETIER, 1985) que, neste trabalho, para alguns termos quando voltou-se o radical para a palavra original não foi encontrada a palavra mas um termo próximo a ela, como por exemplo “emergent”.

por ser mais geral, abrangente e sem perda de significado em relação a “palavra”; “documento” é cada fala iniciada e terminada pela mesma pessoa.

As nuvens de palavras foram elaboradas de duas formas, que permitem avaliar as frequências dos termos de diferentes modos.

- Frequência relativa do termo (tf-prop): relativiza a frequência do termo em relação ao tamanho de cada documento. Utilizada para reduzir o viés de corpus que apresentam documentos com diferentes quantidades de termos. Por exemplo: o fato do termo “bicicleta” aparecer duas vezes em um documento que tinha 10 termos (20% é a frequência relativa do mesmo nesse documento) é diferente de aparecer duas vezes em um documento com 100 termos (2% é a frequência relativa do mesmo). A frequência relativa foi muito maior no primeiro documento do que no segundo.
- Frequência do termo - inverso da frequência no documento (tf-idf): Ela diminui o peso de palavras que são comuns a todos os documentos, e aumenta o peso em palavras que não são muito comuns em todos os documentos, ou seja, é a frequência de um termo ajustada por quão rara a mesma é. Logicamente, que não basta o termo ser raro (aparecer em poucos documentos), o que ela precisa também é aparecer várias vezes em um mesmo documento para ganhar mais destaque. Ainda, termos comuns, como por exemplo verbos, tendem a aparecer em diversos documentos, e dessa forma, o peso deles tende a diminuir.

A frequência inversa tf-idf, significa *Term frequency-inverse document frequency* (frequência do termo - frequência inversa do documento) e é obtida pela multiplicação da frequência do termo em cada documento pelo log da frequência inversa do termo no documento, ou seja:

$$TF = \text{Frequência absoluta do termo no documento}$$

$$IDF = \log \left(\frac{\text{Frequência total de documentos}}{\text{Número de documentos que contém o termo}} \right)$$

$$TF - IDF = TF * IDF$$

(SILGE; ROBINSON, 2017)

Portanto a tf-idf aumenta a frequência de termos pouco mencionados, mas aqueles termos muito citados continuam a ter frequência alta.

A técnica utilizada, no caso oficina, na qual as pessoas estavam livres para expressar suas opiniões, algumas vezes torna passível de algumas pessoas falarem mais do que outras. Porém, por se tratar de uma discussão em grupo, a fala daquele que expressa mais opiniões pode representar aquele que não expressa tanto que, assim, consente com quem mais opinou, fato que ocorreu durante a segunda e terceira oficinas.

Alguns Enfermeiros falaram mais do que outros, porém aqueles que falaram menos não se mantiveram em silêncio, mas se expressavam muitas vezes em frases menores, de concordância com as outras falas ou complementares a estas, ou então escreviam nos cartões para colocar no cartaz o que se estava discutindo, mostrando interação com aquilo que estava sendo debatido.

Dessa maneira, optou-se também pela utilização da tf-idf para que palavras pouco faladas, mas não menos importantes, aparecessem, pois pelo pequeno número de Enfermeiros participantes, principalmente na segunda oficina, faz-se necessário que esses termos sejam analisados.

Seguiu-se com a análise utilizando-se os grafos, a fim de melhor compreender o significado de cada termo no contexto dos problemas. Foram desenvolvidos os grafos de similitude, que são representações gráficas, geradas pelo software R, que “possibilitam identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação”. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Dessa maneira, foi possível verificar se havia relação daqueles termos mais frequentes das nuvens de palavras com outros termos, buscando desta forma associar essa relação com os fatores contribuintes apontados pelos Enfermeiros, além de buscar novas associações que não apareceram na discussão.

No grafo cada vértice (círculo) representa um termo, e as arestas (traços azuis) representam quais termos estão conectados entre eles, bem como quão forte é a conexão entre eles, quanto mais escura e espessa for a aresta, maior a conexão entre as palavras, e foram destacadas então, na apresentação dos resultados, as relações mais fortes daqueles termos mais frequentes nas nuvens de palavras. O tamanho da palavra é proporcional a frequência da palavra.

Após o levantamento dos 15 termos mais frequentes das nuvens de palavras, com o auxílio do gráfico em barras, procurou-se nos grafos quais eram os termos mais fortemente conectados a eles, e então buscou-se nas falas transcritas quais eram os assuntos discutidos na presença de tais termos para a compreensão da relação entre eles.

Antes da busca pelos termos nas falas, procurou-se qual era o seu respectivo radical para então definir quais termos seriam buscados nas falas. Por exemplo, o termo “passa”, muito frequente na terceira oficina, possui o radical “pass”, portanto pesquisou-se nas falas os termos “passa”, “passar”, “passou”, “passam” e “passando”, pois todos possuem o radical “pass”.

Na apresentação dos resultados, além de exemplificar com as falas com os termos que ocorreram de forma conjunta, destacou-se também outras falas com os termos das nuvens de palavras, a fim de melhor compreensão ou complementação do assunto que estava em discussão. Tanto os termos que coocorreram como os termos mais frequentes das nuvens de palavras estão destacados em negrito no texto com as falas.

Ao término dessas oficinas, foi realizado novamente o processo de teorização, a fim de correlacionar os resultados obtidos na pesquisa com a literatura científica atual.

A teorização é definida por ser um “processo de identificação, definição e construção de relações entre um grupo de constructos” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 56) “para chegar a um esquema que possa descrever e explicar fenômenos da vida cotidiana”. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 57).

O produto final desta pesquisa são os planos de ação, disponibilizados para a gerência como contribuição final desta pesquisa para a unidade.

5 RESULTADOS

Esta sessão está organizada primeiramente com a descrição dos resultados da etapa quantitativa da pesquisa, obtidos por meio do instrumento SAQ e, após, com os dados da etapa qualitativa, advindos das oficinas realizadas com os participantes.

5.1 ETAPA QUANTITATIVA: QUESTIONÁRIO SAQ

5.1.1 Análise descritiva

5.1.1.1 Perfil dos participantes

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos enfermeiros que responderam o SAQ.

TABELA 1- FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DAS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Variável		N	%
Já respondeu questionário	Não	19	82,61
	Informação anulada	3	13,04
	Não sabe	1	4,35
Cargo	Enfermeiro	19	82,61
	Chefe de Enfermagem	3	13,04
	Informação anulada	1	4,35
Gênero	Feminino	18	78,26
	Masculino	3	13,04
	Informação anulada	2	8,70
Atuação principal	Adulto	11	47,83
	Ambos	9	39,13
	Informação anulada	2	8,70
	Pediatra	1	4,35
Tempo na especialidade	5 a 10 anos	10	43,48
	11 a 20 anos	7	30,43
	21 ou +	2	8,70
	< 6 meses	1	4,35
	1 a 2 anos	1	4,35
	3 a 4 anos	1	4,35
	Informação anulada	1	4,35

FONTE: a autora (2018).

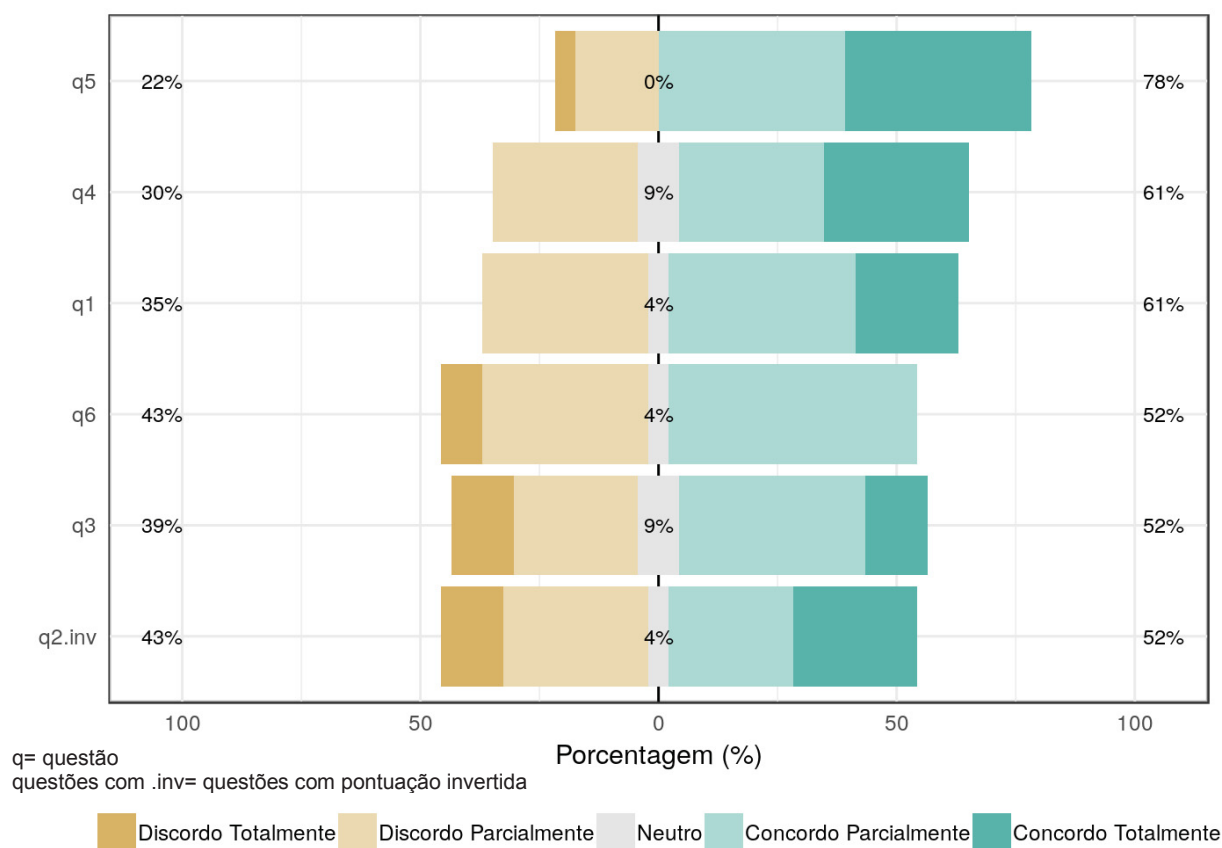
A análise dos dados de caracterização dos participantes mostrou que 23 Enfermeiros responderam ao questionário, a maioria desses não havia respondido o questionário previamente (n = 19; 82,61%), eram enfermeiros (n = 19; 82,61%), do sexo feminino (n = 18; 78,26%), maioria atuava principalmente com adultos (n = 11; 47,83%), seguido de pediatria e adulto (n = 9; 39,13%). Quanto ao tempo na especialidade, 43,48% (n = 10) possuía de 5 a 10 anos, seguido de 30,43% (n = 7) das pessoas com tempo na especialidade de 11 a 20 anos.

5.1.1.2 Resultado das questões

Esta seção apresenta os resultados de cada questão separados por domínio.

O Gráfico 1 representa a distribuição das respostas para as questões do domínio clima de trabalho em equipe.

GRÁFICO 1- PERCENTUAL DE RESPOSTAS PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO CLIMA DE TRABALHO EM EQUIPE



FONTE: A autora (2018).

O Gráfico 1 referente ao domínio clima de trabalho em equipe mostra que todas as questões tiveram maioria de respostas favoráveis se comparado ao percentual de respostas desfavoráveis.

A questão cinco (“É fácil para os profissionais que atuam nesta área fazerem perguntas quando existe algo que eles não entendem”), melhor avaliada, apresentou 78% (n=18) de respostas favoráveis, e apenas 22% (n=5) de respostas desfavoráveis, sendo que nenhum profissional teve opinião neutra para essa questão.

Por outro lado, a questão 2 (“Nesta área, é difícil falar abertamente se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente”) foi a pior avaliada neste domínio, com 52% de discordância (n=12), ou seja, houve maior número de profissionais que discordaram com essa afirmação do que as demais questões do domínio. Pode-se entender então que é difícil falar abertamente se um problema com o cuidado ao paciente é percebido. Vale destacar que essa questão teve a sua pontuação invertida.

A Tabela 2 apresenta os resultados do domínio clima de trabalho em equipe.

TABELA 2- FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO CLIMA DE TRABALHO EM EQUIPE.

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
q1	0; (0%)	8; (34,8%)	1; (4,4%)	9; (39,1%)	5; (21,7%)
q2.inv	3; (13%)	7; (30,4%)	1; (4,4%)	6; (26,1%)	6; (26,1%)
q3	3; (13%)	6; (26,1%)	2; (8,7%)	9; (39,1%)	3; (13,1%)
q4	0; (0%)	7; (30,4%)	2; (8,7%)	7; (30,4%)	7; (30,5%)
q5	1; (4,4%)	4; (17,4%)	0; (0%)	9; (39,1%)	9; (39,1%)
q6	2; (8,7%)	8; (34,8%)	1; (4,3%)	12; (52,2%)	0; (0%)

q= questão

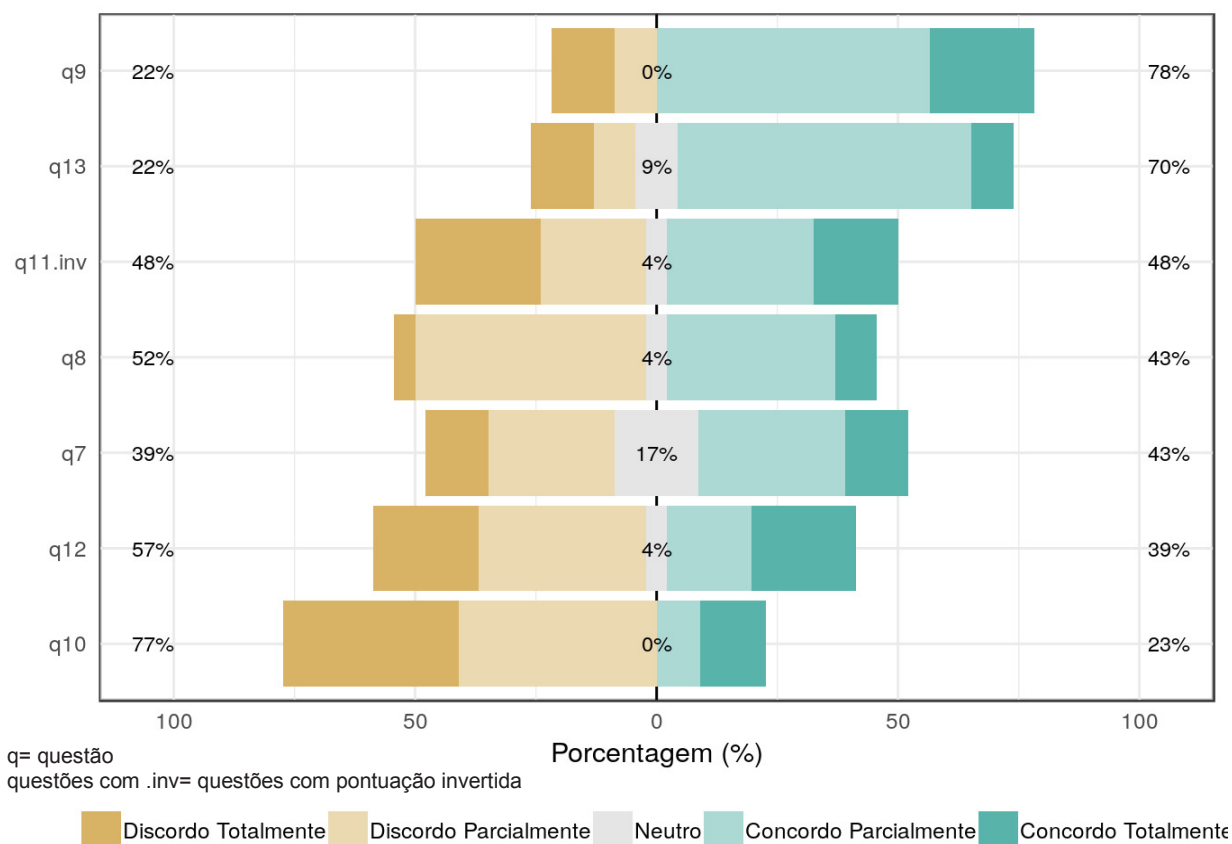
questões com .inv= questões com pontuação invertida

FONTE: A autora (2018)

Neste domínio, nenhuma resposta foi anulada.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição das respostas para as questões do domínio clima de segurança.

GRÁFICO 2 - PERCENTUAL DE RESPOSTAS PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO CLIMA DE SEGURANÇA



FONTE: A autora (2018).

Neste domínio, nota-se maior variabilidade para as respostas das questões do que para o domínio clima de trabalho em equipe apresentado anteriormente.

As questões nove (“Eu conheço os meios adequados para encaminhar as questões relacionadas à segurança do paciente nesta área”) e 13 (“A cultura nesta área torna fácil aprender com o erro dos outros”) foram as únicas neste domínio que tiveram em sua maioria respostas com conotação positiva, 78% (n= 18) e 70% (n=16) respectivamente.

Destaque deve ser dado à questão 10, que obteve o maior percentual (n= 17; 77%) de respostas negativas neste domínio, mostrando que os enfermeiros consideram que não obtêm retorno adequado sobre o seu desempenho, apontando uma falta de *feedback* da gerência.

A Tabela 3 apresenta os resultados do domínio clima de segurança.

O item 15 (“Eu gosto do meu trabalho”) teve um expressivo valor de concordância (91%, n=21), mostrando que as pessoas gostam do trabalho que executam. Essa questão foi a mais bem avaliada dentre todos os itens do questionário.

Já a questão 19 (“O moral nesta área é alto”) foi a pior avaliada e a única com discordância da maioria dos participantes desse domínio (n=12, 52%).

A Tabela 4 apresenta os resultados do domínio satisfação no trabalho.

TABELA 4 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
q15	0; (0%)	2; (8,7%)	0; (0%)	6; (26,1%)	15; (65,2%)
q16	4; (17,4%)	4; (17,4%)	2; (8,7%)	9; (39,1%)	4; (17,4%)
q17	6; (26,1%)	5; (21,7%)	2; (8,7%)	6; (26,1%)	4; (17,4%)
q18	0; (0%)	4; (17,4%)	1; (4,4%)	7; (30,4%)	11; (47,8%)
q19	2; (8,7%)	10; (43,5%)	3; (13%)	5; (21,7%)	3; (13,1%)

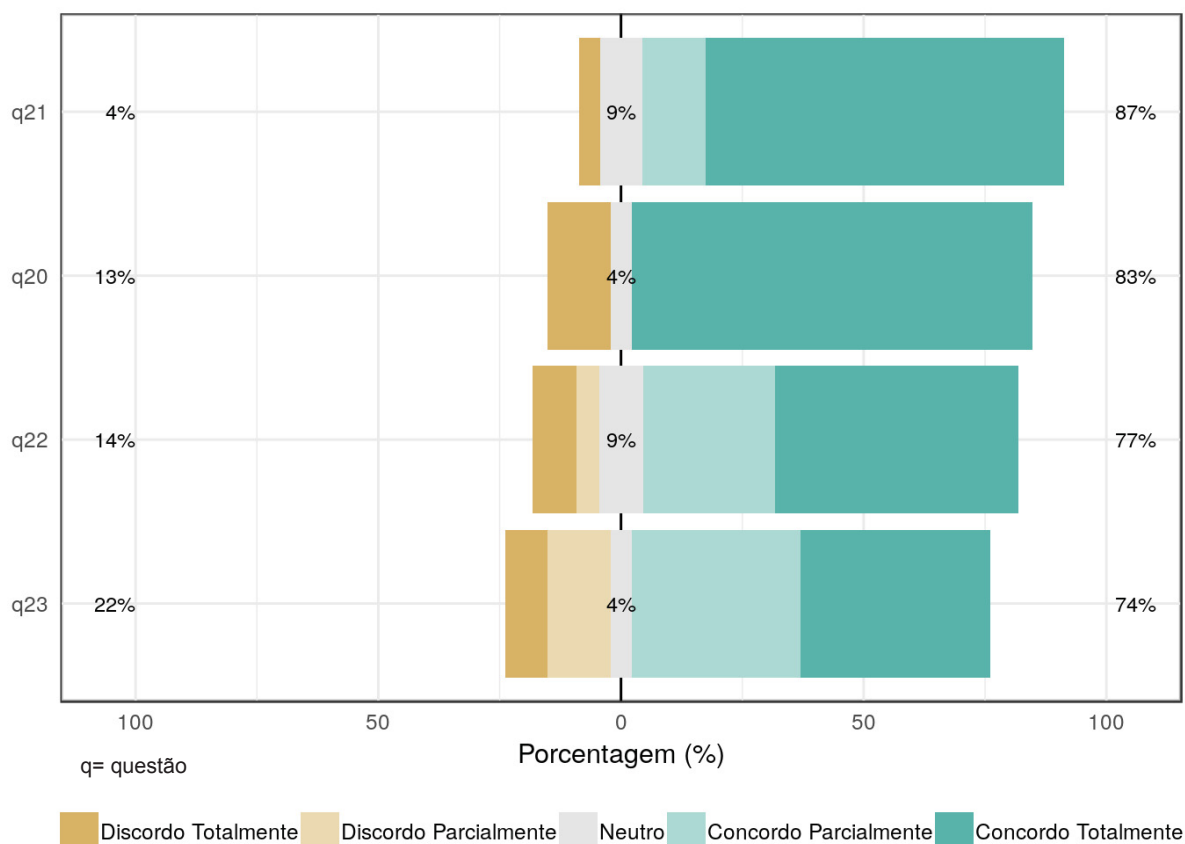
q= questão

FONTE: A autora (2018)

Nesse domínio nenhuma resposta foi anulada.

O Gráfico 4 apresenta a distribuição das respostas para as questões do domínio reconhecimento de estresse.

GRÁFICO 4 - PERCENTUAL DE RESPOSTAS PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO RECONHECIMENTO DE ESTRESSE



FONTE: A autora (2018).

A questão 21 (“Eu sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado”) obteve o melhor percentual de respostas positivas (n=20, 87%).

A partir da análise do Gráfico 4, nota-se que a grande maioria dos enfermeiros está ciente dos impactos do estresse no trabalho, pois em todos os itens obteve-se a maior parte das respostas positivas.

A Tabela 5 apresenta os resultados do domínio reconhecimento do estresse.

TABELA 5 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO RECONHECIMENTO DE ESTRESSE

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Informação Anulada
q20	3; (13%)	0; (0%)	1; (4,4%)	0; (0%)	19; (82,6%)	0; (0%)
q21	1; (4,4%)	0; (0%)	2; (8,7%)	3; (13%)	17; (73,9%)	0; (0%)
q22	2; (8,7%)	1; (4,3%)	2; (8,7%)	6; (26,1%)	11; (47,8%)	1; (4,4%)
q23	2; (8,7%)	3; (13%)	1; (4,4%)	8; (34,8%)	9; (39,1%)	0; (0%)

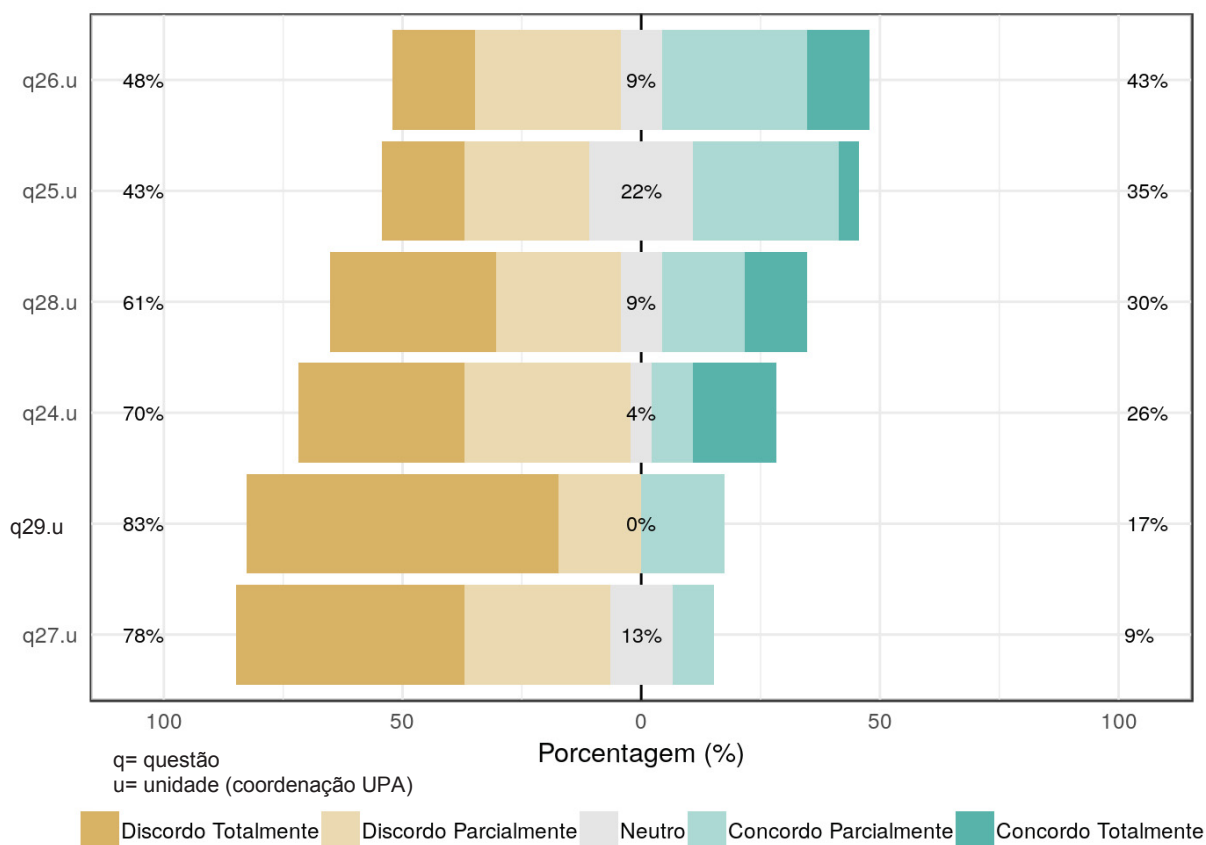
q= questão

FONTE: A autora (2018).

Para esse domínio, apenas uma resposta foi anulada, na questão 22.

O Gráfico 5 apresenta a distribuição das respostas para as questões do domínio percepção da gerência da unidade (coordenação da UPA).

GRÁFICO 5 - PERCENTUAL DE RESPOSTAS PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA DA UNIDADE (COORDENAÇÃO DA UPA)



FONTE: A autora (2018).

Esse domínio foi mal avaliado, uma vez que todas as questões tiveram maioria de respostas discordantes. Especialmente a questão 29 (“Nesta área, o número e a qualificação dos profissionais são suficientes para lidar com o número de pacientes”), obteve 83% (n=19), apontando que melhorias precisam ser implementadas neste aspecto.

TABELA 6 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA DA UNIDADE (COORDENAÇÃO DA UPA) - CONTINUA

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
q24.u	8; (34,8%)	8; (34,8%)	1; (4,3%)	2; (8,7%)	4; (17,4%)
q25.u	4; (17,4%)	6; (26,1%)	5; (21,7%)	7; (30,4%)	1; (4,4%)
q26.u	4; (17,4%)	7; (30,4%)	2; (8,7%)	7; (30,4%)	3; (13,1%)
q27.u	11; (47,8%)	7; (30,4%)	3; (13,1%)	2; (8,7%)	0; (0%)

TABELA 6 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA DA UNIDADE (COORDENAÇÃO DA UPA) - CONCLUSÃO

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
q28.u	8; (34,8%)	6; (26,1%)	2; (8,7%)	4; (17,4%)	3; (13%)
q29	15; (65.2%)	4; (17.4%)	0; (0%)	4; (17.4%)	0; (0%)

q= questão

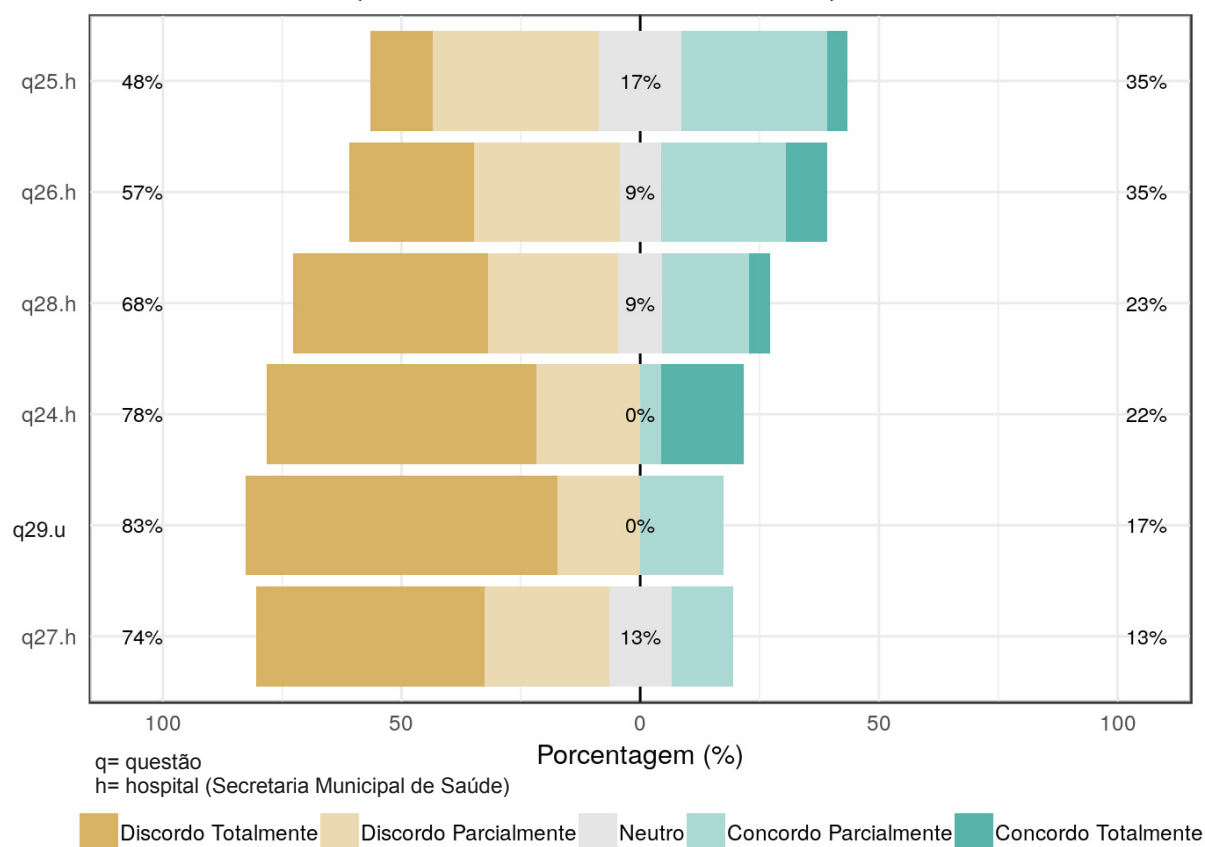
u= unidade (coordenação da UPA)

FONTE: A autora (2018).

Também não foi anulada nenhuma resposta nesse domínio.

O Gráfico 6 apresenta a distribuição das respostas para as questões do domínio percepção da gerência do hospital (Secretaria Municipal de Saúde).

GRÁFICO 6 - PERCENTUAL DE RESPOSTAS PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA DO HOSPITAL (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)



FONTE: A autora (2018).

A exemplo do domínio a respeito da gerência da unidade, esse domínio também foi mal avaliado, com a maioria das respostas discordantes, e novamente a questão 29 obteve a mesma porcentagem, sendo também o pior avaliado.

A Tabela 7 apresenta os resultados do domínio percepção da gerência do hospital (Secretaria Municipal de Saúde).

TABELA 7 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO PERCEPÇÃO DA GERÊNCIA DO HOSPITAL (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Informação Anulada
q24.h	13; (56,5%)	5; (21,7%)	0; (0%)	1; (4,4%)	4; (17,4%)	0; (0%)
q25.h	3; (13%)	8; (34,8%)	4; (17,4%)	7; (30,4%)	1; (4,4%)	0; (0%)
q26.h	6; (26,1%)	7; (30,4%)	2; (8,7%)	6; (26,1%)	2; (8,7%)	0; (0%)
q27.h	11; (47,8%)	6; (26,1%)	3; (13%)	3; (13,1%)	0; (0%)	0; (0%)
q28.h	9; (39,1%)	6; (26,1%)	2; (8,7%)	4; (17,4%)	1; (4,3%)	1; (4,4%)
q29	15; (65,2%)	4; (17,4%)	0; (0%)	4; (17,4%)	0; (0%)	0; (0%)

q = questão

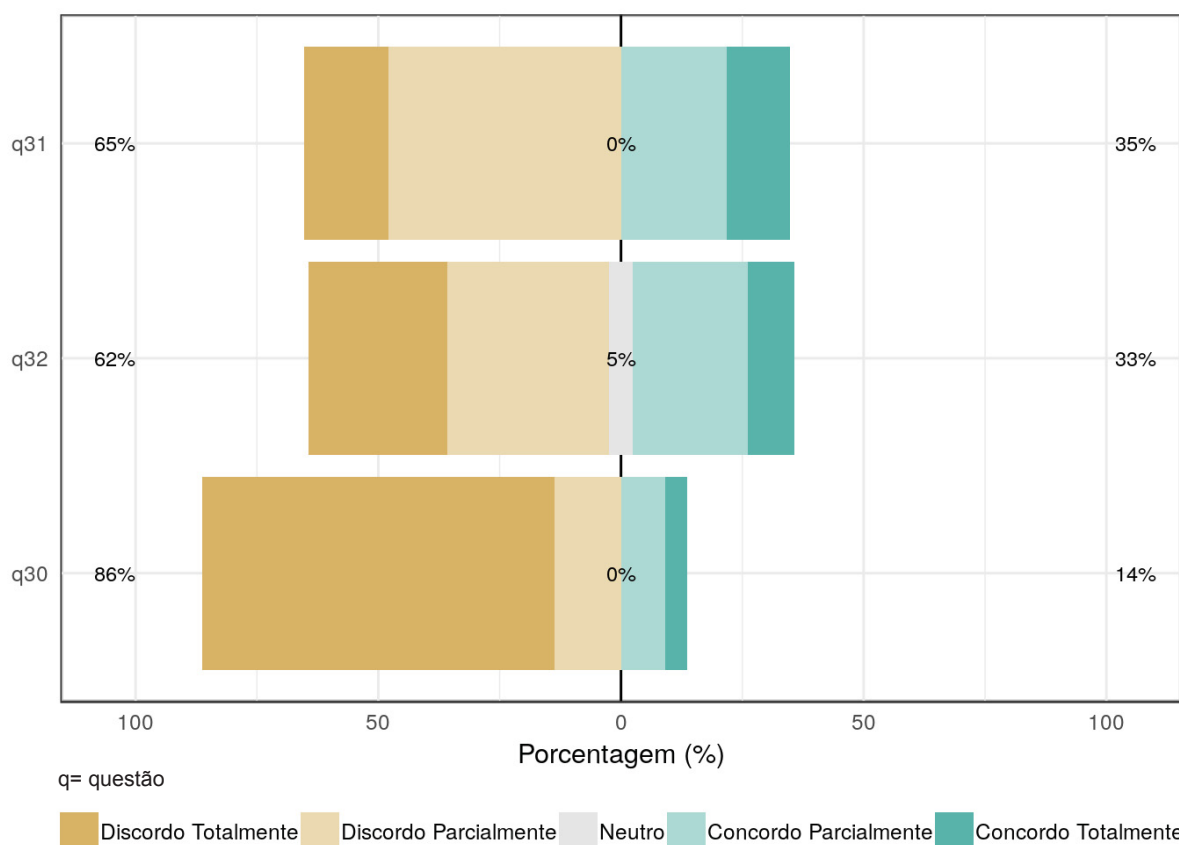
h = hospital (Secretaria Municipal de Saúde)

FONTE: A autora (2018).

Apenas uma resposta foi anulada, na questão 28.

A distribuição das respostas para as questões do domínio condições de trabalho estão representadas no Gráfico 7.

GRÁFICO 7 - PERCENTUAL DE RESPOSTAS PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO CONDIÇÕES DE TRABALHO



FONTE: A autora (2018).

A exemplo do domínio percepção da gerência do hospital e da unidade, todas as questões tiveram maioria de respostas discordantes. Especialmente a questão 30, com 86% (n=19) de respostas discordantes, evidenciando a não presença de treinamento para novos profissionais. Esse item foi o pior avaliado dentre todas as questões do questionário.

O resultado do domínio condições de trabalho estão descritos na Tabela 8.

TABELA 8 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA QUESTÃO DO DOMÍNIO CONDIÇÕES DE TRABALHO

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Informação Anulada
q30	16; (69,6%)	3; (13%)	0; (0%)	2; (8,7%)	1; (4,3%)	1; (4,4%)
q31	4; (17,4%)	11; (47,8%)	0; (0%)	5; (21,7%)	3; (13,1%)	0; (0%)
q32	6; (26,1%)	7; (30,4%)	1; (4,4%)	5; (21,7%)	2; (8,7%)	2; (8,7%)

q= questão

FONTE: A autora (2018).

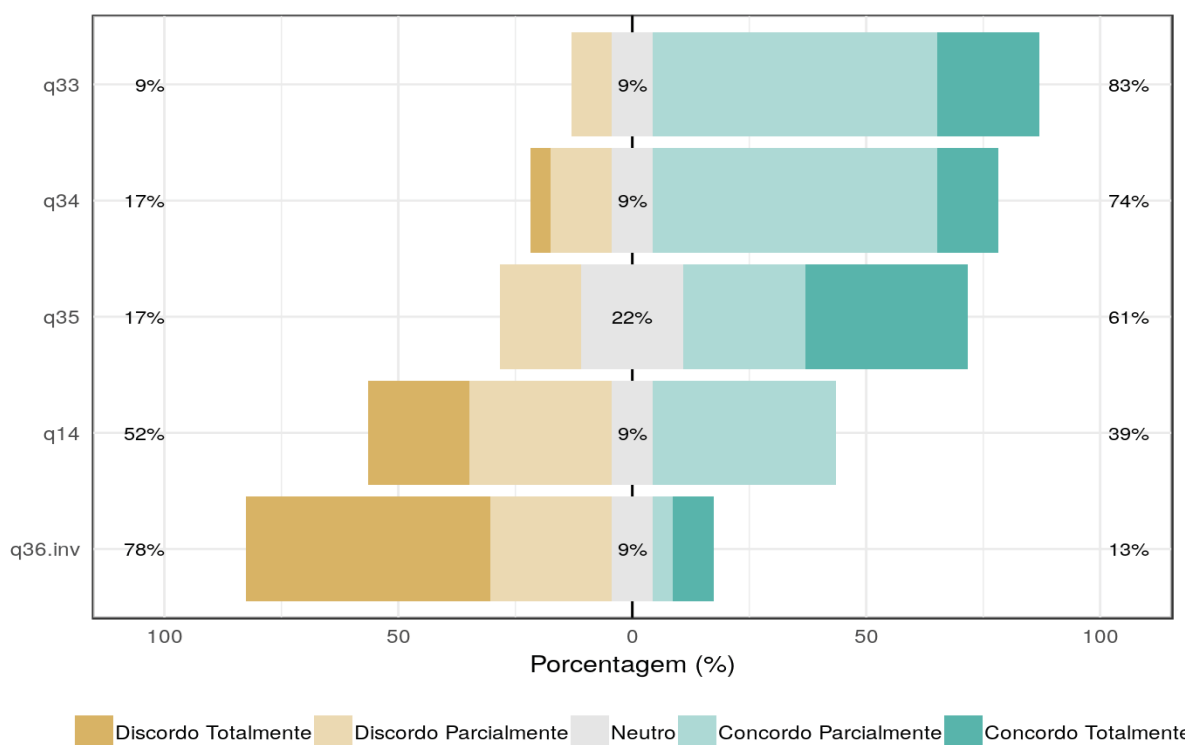
q= questão

questões com .inv= questões com pontuação invertida

respostas anuladas, sendo uma para a questão 30, e duas para a 32.

As questões 14, 33, 34, 35 e 36 não possuem domínio. O resultado delas é representado no Gráfico 8.

GRÁFICO 8 - PERCENTUAL DE RESPOSTAS PARA CADA QUESTÃO SEM DOMÍNIO



FONTE: A autora (2018).

O item 36 foi o pior avaliado dentre as questões sem domínio, com 78% (n=18) de respostas discordantes, evidenciando que falhas na comunicação que levam a atrasos no atendimento são comuns. Por outro lado, a melhor avaliada foi a questão 33, com 83% (n=19) dos enfermeiros concordando, mostrando que existe boa colaboração entre os enfermeiros da área.

A distribuição de respostas das questões sem domínio está descrita na Tabela 9.

TABELA 9 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA (%) PARA CADA QUESTÃO SEM DOMÍNIO

Variáveis	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Neutro	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
q14	5; (21,8%)	7; (30,4%)	2; (8,7%)	9; (39,1%)	0; (0%)
q33	0; (0%)	2; (8,7%)	2; (8,7%)	14; (60,9%)	5; (21,7%)
q34	1; (4,4%)	3; (13%)	2; (8,7%)	14; (60,9%)	3; (13%)
q35	0; (0%)	4; (17,4%)	5; (21,7%)	6; (26,1%)	8; (34,8%)
q36.inv	12; (52,2%)	6; (26,1%)	2; (8,7%)	1; (4,3%)	2; (8,7%)

q= questão

questões com .inv= questões com pontuação invertida

FONTE: A autora (2018).

Analisando todas as questões do questionário é possível determinar que obteve-se um total de 13 questões com mais de 50% de respostas negativas, são elas: questão 30 (n= 19; 86%), 29u e 29h (n= 19; 83%), 24h (n=18, 78%), 27u (n= 18, 78%), 36 (n= 18, 78%), 27h (n=17, 74%), 10 (n=17, 74%), 24u (n= 16, 70%), 31 (n= 15, 65%), 28h (n= 15, 62%), 32 (n= 13, 62%), 28u (n= 14, 61%), 12 (n= 13, 57%), 14 (n= 12, 52%), 19 (n= 12, 52%) e 8 (n= 12, 52%). As questões referentes à gerência do hospital e da unidade foram contabilizadas como uma só questão.

Essas questões com respostas de maioria discordante apontam os seguintes problemas:

- › Falta de treinamento na admissão de novos profissionais (questão 30).
- › Número e qualificação insuficiente de profissionais (questão 29).
- › Falha de comunicação.
 - Gerando atrasos (questão 36).
 - Gerando informações incompletas ou faltantes (questão 31).
- › Falta de informações sobre eventos que podem afetar o trabalho (questão 28).
- › Cultura punitiva (questões 27, 12 e 8).
- › Falta de feedback (questão 10).

- › Sentimento de desvalorização (questões 24, 19 e 14).
- › Falta de supervisão de estagiários (questão 32).

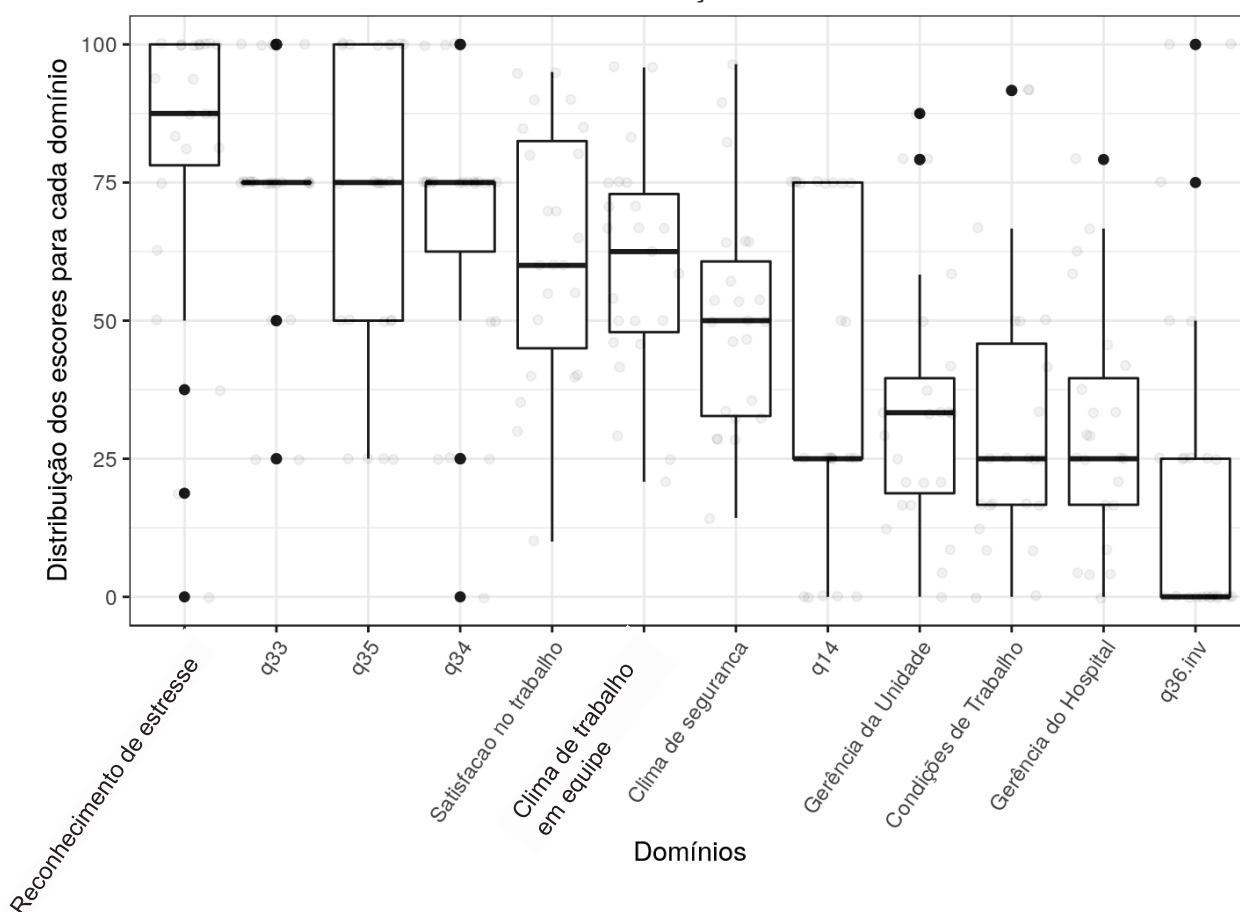
5.1.1.3 Análise dos domínios

Esta seção apresenta a análise direcionada aos domínios, as questões sem domínio também foram avaliadas, e aqui, consideradas como numéricas.

A pontuação dos domínios foi calculada a partir da média das questões que faziam parte do mesmo.

O Gráfico 9 representa a distribuição dos escores de cada um dos domínios e das questões sem domínio.

GRÁFICO 9 - GRÁFICO BOXPLOT COM A DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES DE CADA DOMÍNIO



FONTE: A autora (2018).

O domínio melhor avaliado foi o de reconhecimento de estresse, que obteve média de 79,98 (Tabela 10), sendo que esse domínio foi o único com pontuação acima de 75, ou seja, todos os demais possuem avaliação negativa na percepção dos

Para avaliar se existe a relação do cargo com os domínios, foi utilizado teste t-student. Caso os pressupostos de normalidade não fossem atendidos para o teste t, foi utilizado o teste de Mann Whitney. A Tabela 11 avalia se a distribuição dos escores foi a mesma entre os cargos.

TABELA 11 - VALOR-P DO TESTE PARA DIFERENÇA DE ESCORES EM RELAÇÃO AO CARGO

Covariáveis	Valor-p	Teste	Enfermeiro					Chefe de Enfermagem				
			Média	sd	med	min	max	Média	sd	med	min	max
Satisfação no trabalho	0,01254	Mann Whitney	56,84	21,1	60	10	90	91,67	5,77	95	85	95
Gerência da Unidade	0,03011	Mann Whitney	28,73	22,09	25	0	87,5	59,72	18,79	58,33	41,67	79,17
Gerência do Hospital	0,05863	Teste t de Student	23,46	15,79	25	0	62,5	62,5	19,09	66,67	41,67	79,17
Clima de trabalho	0,50563	Teste t de Student	58,55	21,63	58,33	20,83	95,83	65,28	13,39	70,83	50	75
Condições de Trabalho	0,52969	Mann Whitney	32,68	27,3	25	0	91,67	22,22	17,35	16,67	8,33	41,67
Clima de segurança	0,6598	Teste t de Student	48,37	19,88	50	14,29	96,43	57,14	29,23	50	32,14	89,29
Percepção do Estresse	0,73107	Mann Whitney	81,69	23,62	87,5	18,75	100	62,5	54,49	87,5	0	100
Se valor-p = 0, lê-se valor-p < 0,0001. sd = desvio padrão med = mediana FONTE: A autora (2018).												
			min = escore mínimo					max = escore máximo				

Após a realização dos testes estatísticos os domínios satisfação no trabalho e gerência da unidade tiveram efeito significativo ao nível de 5%, já o domínio gerência do hospital teve efeito significativo ao nível de 6%. Por conta do pequeno tamanho amostral, não há problema em interpretar tal resultado como sendo significativo.

Os valores de média e mediana informados na Tabela 10 ajudam a interpretar tais resultados, por exemplo, para o domínio satisfação no trabalho, os enfermeiros tiveram média de 56,84, enquanto os chefes tiveram média de 91,67.

Além de significância estatística, a diferença entre as médias foi de quase 35 pontos, e convertendo essa pontuação de volta para a escala original, pode-se dizer que teve uma mudança de categoria, ou seja, passando de uma categoria positiva para uma negativa.

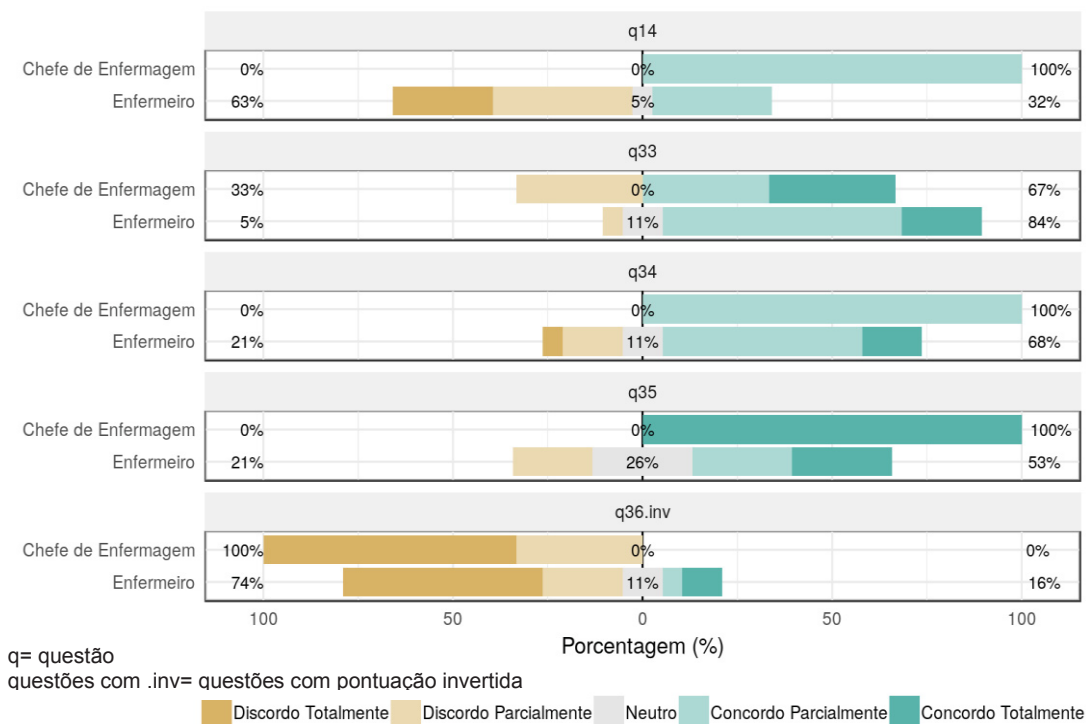
O domínio gerência da unidade, obteve média dos chefes de enfermagem de 59,72, enquanto a dos enfermeiros foi de 28,73. No domínio gerência do hospital, a média dos chefes da enfermagem foi igual a 62,5, enquanto que a dos enfermeiros foi de 23,46. Dessa forma, podemos concluir que os chefes de enfermagem, em média, tiveram uma pontuação maior para os três domínios do que os enfermeiros.

5.1.2.2 Relação entre as questões sem domínio e o cargo

Ao analisar as questões sem domínio, preferiu-se utilizar os gráficos de barras e o teste exato de Fisher, pois as variáveis do questionário eram ordinais, e a covariável (Cargo) nominal.

O Gráfico 10 representa os resultados descritivos.

GRÁFICO 10 - PERCENTUAL DE RESPOSTAS DE CADA QUESTÃO SEM DOMÍNIO SEGUNDO O CARGO DO PROFISSIONAL



FONTE: A autora (2018).

A questão 14 (“Eu vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) nesta área”) teve um percentual de respostas destoante em relação ao cargo. Enquanto todos os chefes de enfermagem concordavam parcialmente, apenas 32% dos enfermeiros concordavam parcialmente. Para as demais questões não se nota uma grande diferença em percentual de respostas entre os cargos.

A Tabela 12 apresenta o resultado do valor-p para o teste de associação Fisher para as questões sem domínio.

TABELA 12 - VALOR-P DO TESTE EXATO DE FISHER EM RELAÇÃO AO CARGO

Covariáveis	Valor-p
q35	0,23896
q14	0,26558
q33	0,35844
q34	1
q36.inv	1

Se valor-p = 0, lê-se valor-p < 0,0001

q= questão

questões com .inv= questões com pontuação invertida

FONTE: A autora (2018).

Nenhum valor-p foi menor que 0,05, ou seja, o percentual das respostas para as questões sem domínio não está associado com o cargo do profissional. Um valor-p “alto”, especialmente para o item 14, pode ter ocorrido por dois motivos: pequeno tamanho amostral e/ou grande número de categorias dessa questão.

Nesse último caso, é possível agrupar as categorias adjacentes como, por exemplo, discordo totalmente e discordo parcialmente para obter maior poder estatístico. Ao fazer isso, o valor-p foi igual a 0,12, ainda sendo não significativo, mas resultou em um valor-p menor.

5.1.2.3 Relação entre os domínios e o tempo na especialidade

A variável tempo na especialidade é ordinal, uma vez que foi coletada em faixas de tempo. Sendo assim, tanto para os domínios, como para as questões sem domínio, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para avaliar quão forte era a associação, e se de fato estavam correlacionadas.

A Tabela 13 avalia de fato se a relação entre os domínios e o tempo na especialidade é significativa.

TABELA 13 - VALOR DA CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE TEMPO NA ESPECIALIDADE E OS DOMÍNIOS COM SEU RESPECTIVO TESTE

Covariáveis	Correlação	Valor-p
Clima de segurança	0,48	0,02310
Gerência do Hospital	0,30	0,17494
Satisfação no trabalho	0,26	0,24837
Gerência da Unidade	0,13	0,57200
Condições de Trabalho	0,01	0,96883
Percepção do Estresse	-0,14	0,52417
Clima de trabalho	-0,29	0,18970

Se valor-p igual a 0, lê-se valor-p < 0,00001

FONTE: A autora (2018)

Apenas o escore do clima de segurança e o tempo na especialidade estiveram correlacionadas (valor-p = 0,0231), e o mesmo teve coeficiente de correlação igual a 0,48, que estatisticamente pode ser considerado como uma correlação “moderada”.

5.1.2.4 Relação entre as questões sem domínio e o tempo na especialidade

A Tabela 14 avalia se a relação entre cada item sem domínio e o tempo na especialidade é significativa.

TABELA 14 - VALOR DA CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE TEMPO NA ESPECIALIDADE E AS QUESTÕES SEM DOMÍNIO COM SEU RESPECTIVO TESTE

Covariáveis	Correlação	Valor-p
q14	0,28	0,21056
q33	0,00	0,99399
q35	0,00	0,98340
q34	-0,03	0,90442
q36.inv	-0,12	0,58791

Se valor-p igual a 0, lê-se valor-p < 0,00001

q= questão

questões com .inv= questões com pontuação invertida

FONTE: A autora (2018).

Parece não existir tendência do tempo na especialidade e a pontuação de cada profissional nas questões sem domínio, uma vez que nenhum valor de correlação foi significativo.

5.2 ETAPA QUALITATIVA: OFICINAS

Esta seção se destina à descrição da análise dos dados obtidos por meio da fala dos Enfermeiros nas oficinas.

Inicialmente foi planejada a realização de quatro encontros, um para cada oficina: uma para apresentação de resultados e escolha de problemas, duas para elaboração de propostas e a última para apresentação, adequação e aprovação dos planos de ação. Porém, na primeira oficina, mesmo com divulgação, participaram somente três enfermeiros, tornando, dessa forma, inviável a produção de uma discussão que pudesse produzir dados consistentes e representativos de todos Enfermeiros da UPA. Então se optou por mudar a estratégia de realização da primeira e quarta oficinas, visto que não se poderia contar com a presença da maior parte dos Enfermeiros em somente um encontro para cada oficina. Assim, a primeira e a quarta oficinas foram realizadas em mais de um encontro.

A segunda e a terceira oficinas foram realizadas após um curso obrigatório para todos os Enfermeiros, ofertado pela prefeitura local, para a implementação do Protocolo de Manchester, aproveitando-se a oportunidade da presença de grande número de Enfermeiros da UPA em um mesmo espaço.

A ideia de aproveitar os dois dias de curso para realização da segunda e terceira oficinas surgiu como sugestão de uma Enfermeira durante a realização da primeira oficina. Assim foi solicitado, a cada participante nos encontros da primeira oficina, sua opinião sobre a realização das próximas após a realização do curso, e como as respostas foram positivas foi pactuado com eles sua participação para garantir maior presença de Enfermeiros.

5.2.1 Primeira oficina

Os cinco encontros realizados na primeira oficina tiveram participação de um total de 14 Enfermeiras, todas do sexo feminino, sendo 12 enfermeiras assistenciais, uma coordenadora e uma supervisora, as quais, de forma unânime, escolheram os problemas “comunicação” e “número insuficiente de profissionais”, somente uma Enfermeira manifestou-se favorável pela escolha também do problema “falta de treinamento de novos profissionais”.

O SAQ traz originalmente o problema “Número e qualificação insuficiente de profissionais”, porém participantes decidiram por trabalhar somente o número e não a qualificação, pois consideram o quantitativo como problema maior. Foram considerados então os dois problemas votados pela totalidade dos participantes como aqueles que seriam trabalhados nas próximas duas oficinas.

5.2.2 Segunda oficina

Todo o corpus, ou seja, a coleção dos documentos, toda a base de dados gerada por essa oficina, contém 643 documentos e 1187 termos. Nessa oficina participaram seis enfermeiras, todas do sexo feminino, sendo três enfermeiras assistenciais, uma coordenadora, uma supervisora e uma administrativa.

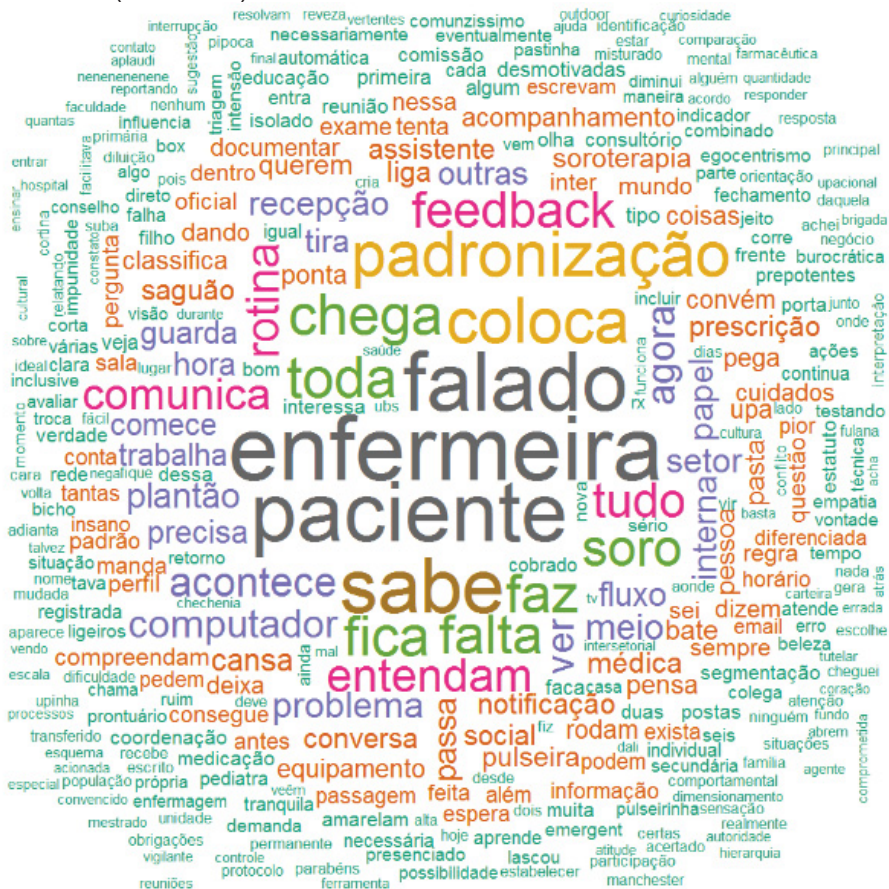
As nuvens de palavras com seus respectivos gráficos em barras e grafos foram elaborados limitando-se o número de termos para melhor visualização, facilitando assim a sua interpretação.

Desta forma, para as nuvens de palavras limitou-se a exibição dos 350 termos mais importantes em cada uma, já os gráficos de barras mostram os 15 termos mais frequentes.

A representação gráfica (APÊNDICE 5) construída na segunda oficina expôs, na percepção dos Enfermeiros, os fatores contribuintes que levam a uma comunicação falha, então, objetivando minimizá-los, esse cartaz com o diagrama facilitou a elaboração de propostas de intervenção.

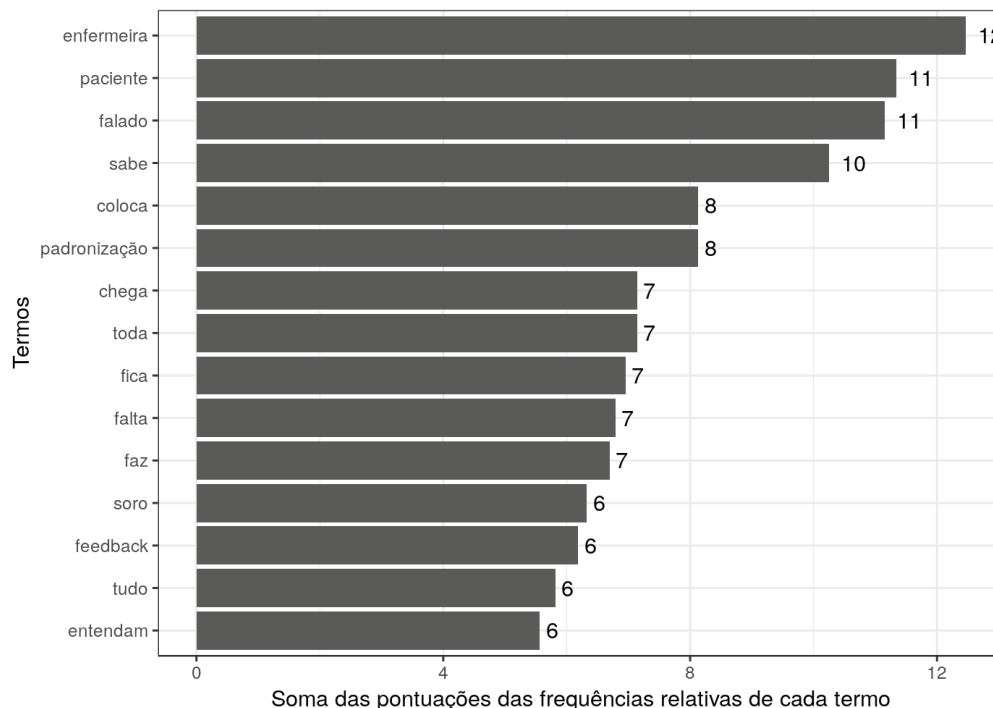
Na Figura 2 está a nuvem de palavras e o Gráfico 11 é o seu respectivo gráfico em barras representando a frequência relativa (tf-prop) dos termos gerados a partir do corpus da segunda oficina.

FIGURA 2 – NUVEM DE PALAVRAS ELABORADA A PARTIR DA FREQUÊNCIA RELATIVA DOS TERMOS (TF-PROP) DA SEGUNDA OFICINA



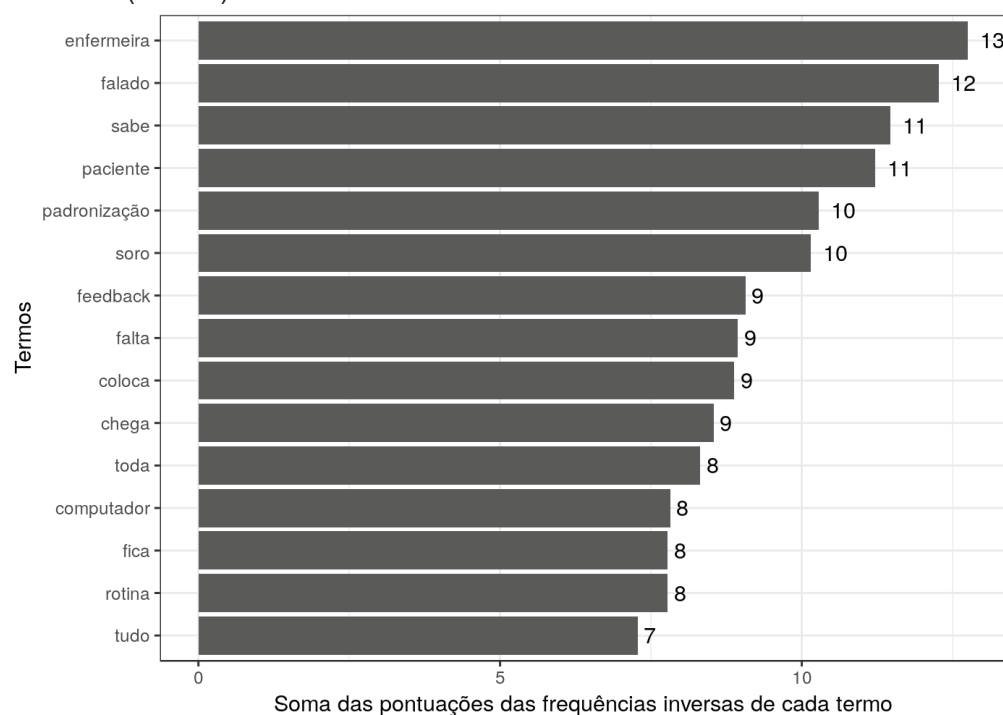
FONTE: A autora (2019).

GRÁFICO 11 – GRÁFICO DE BARRAS REPRESENTANDO A FREQUÊNCIA RELATIVA DOS TERMOS (TF-PROP) DA SEGUNDA OFICINA



FONTE: A autora (2019).

GRÁFICO 12 – GRÁFICO DE BARRAS REPRESENTANDO A FREQUÊNCIA INVERSA DOS TERMOS (TF-IDF) DA SEGUNDA OFICINA

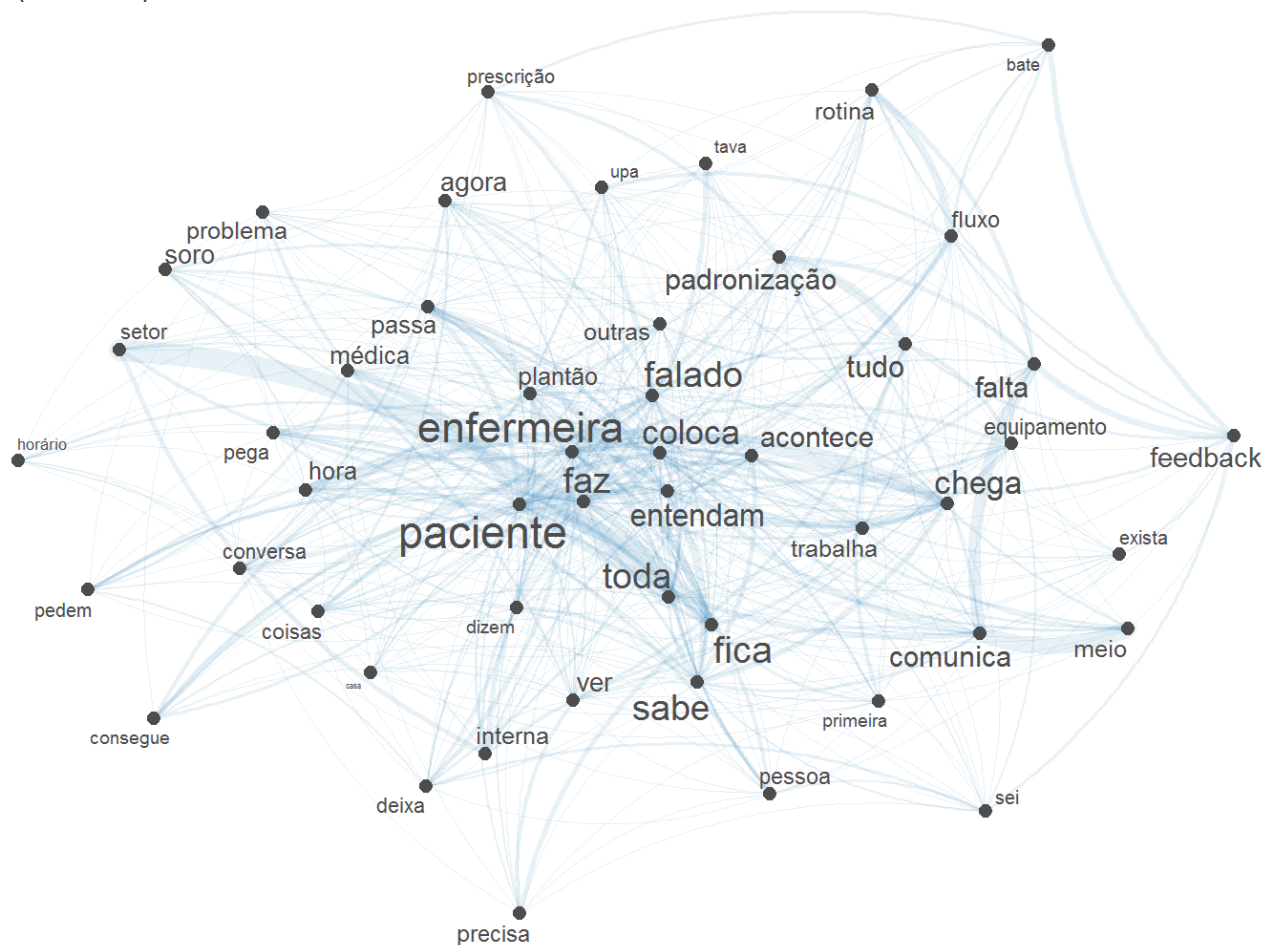


FONTE: A autora (2019).

É possível visualizar que diferentes termos ganharam destaque na segunda nuvem, uma vez que ela permite a identificação de termos mais raros, dando ênfase menor àqueles termos corriqueiros, mas, ainda assim, eles se destacam na análise, como por exemplo, “falado”, “enfermeira” e “paciente”. Assim as nuvens de palavras elaboradas complementam-se, possibilitando uma análise dos termos mais completa.

O Grafo 1 representa a coocorrência dos termos a partir da frequência relativa (tf-prop).

GRAFO 1 - COOCORRÊNCIA DOS TERMOS A PARTIR DA FREQUÊNCIA RELATIVA DOS TERMOS (TF-PROP) – SEGUNDA OFICINA



FONTE: A autora (2019).

Os termos “Enfermeira”, “pacientes” e “falado”, mais frequentes na nuvem de palavras, são visualizados no centro do Grafo 1, conectando-se a muitos outros termos, sendo difícil a visualização de quais palavras são mais fortemente relacionados a eles, ou seja, estão relacionados a praticamente tudo, até mesmo pelas suas altas frequências no corpus.

O termo “sabe” apareceu conectado à “toda”, “pessoa”, “chega” e “acontece”. Essas ocorrências conjuntas apontam problemas em diferentes grupos de fatores do diagrama, como a falta de os Enfermeiros reportarem problemas à coordenação (organizacional/serviço), a falta de cumprimento de horário (profissionais), a falta de *feedback* (organizacional/serviço), o rodízio de profissionais nos setores da unidade (organizacional/serviço), a segmentação de ambientes que dificulta visualização de pacientes (trabalho/ambiente), assim como problemas com fluxos de familiares e acompanhantes dentro da unidade e de notificações compulsórias (organizacional/serviço).

Quando **chegar** nesse ponto pra qualquer um, **entendeu**, chegou num limite, bota no papel, você **sabe** porque que eles agem muitas vezes assim. (E2)

Você acha que o fulano não **sabe** que ele não pode **chegar** 10 horas da manhã? (E1)

[...] como é que a gente **sabe**, como é que a gente aprende que é feita a passagem de plantão? É no leito, passando caso pro colega, caso a caso, e isso a gente **sabe** que tem situações que não **acontece**, não **acontece**. (E2)

Não tem, essa questão de, da **pessoa** ter esse **feedback**, **saber** se ela errou, porque ela errou, no que que ela errou, o que que ela deveria ter feito, o que que ela não deveria ter feito isso é uma coisa legal [...] (E3)

Você **sabe** que aquela é a rotina e que você tem que **fazer** daquela forma, e que no plantão que vem você tá aqui e se tiver uma zona é você que vai ter que dar conta, existe esse ponto também. [...] Tem um lado ruim que é isso que vocês tão **falando**, que eu não sei o que tá **acontecendo** no internamento, eu não sei o que tá **acontecendo** na soroterapia, é essa parte ruim. (E1)

Por exemplo, paciente que tá lá você não sabe o que tá acontecendo. (E6)

É falta de comunicação, eu não **sabia**, você **sabia**? mas tá, se o familiar **chegar** pra ela e perguntar assim eu quero **saber** se eu posso entrar, ele vem direto segurança não tá ali, ela fala tá bom. (E6)

Todo mundo **sabe** que existe o comunicado, e que qualquer situação adversa é para ser registrada e joga de baixo da porta se a coordenação não está lá, né, então são coisas assim, comunicação, **sabe** [...] (E1)

Não colocar notificação no meio do prontuário do paciente, existe um lugar pra colocar que é na gaveta da triagem 1 adulto, **todo** mundo sabe, **todo** mundo **sabe**, **toda** semana eu pego um calhamaço de, pelo menos, 30 40 notificações. (E1)

A segmentação de ambientes por paredes, portas e cortinas, o que dificulta, em alguns setores, a visualização dos pacientes não foi trabalhada por não ser de governabilidade dos Enfermeiros a solução para essa causa.

O não cumprimento do horário de trabalho apontado como fator contribuinte pelos participantes pode ser considerado como consequência da falta de supervisão direta do Enfermeiro, assim como a sobrecarga de trabalho pode ser devida a outros fatores, como falta de padronização de fluxos e rotinas.

Eles seguem as regras que o **enfermeiro** tá supervisionando. (E3)

Eu acho que a sobrecarga de trabalho acontece justamente por causa de **todo** esse problema de meio de campo...por causa da sobrecarga de trabalho, pela **falta** de fluxo, pela **falta** de **padronização**, pela **falta** de **comunicação**, pela **falta** de educação permanente, então acaba que a sobrecarga de trabalho acaba batendo em **tudo** que a gente pontuou ali, de coisas boas a se fazerem. (E1)

Em algumas situações, há falta de compreensão, pois informações precisam ser repetidas várias vezes, e mesmo assim os profissionais não entendem o que foi dito.

*[...] você diz assim, você só pode escolher duas folgas, mas eu não posso escolher três? **Sabe** assim, então isso me cansa **sabe** [...]* (E6)

Além da falta de compreensão, foi mencionado que há situações em que alguns profissionais “fingem” não compreender, o que foi apontado pelos participantes como egoísmo ou falta de espírito de equipe.

*[...] **chegou** em **todo** mundo até pra quem estava fora do grupo do Whatsapp foi **falado** como que acontece, parece que é pelo prazer de contrariar. Eu só compreendo aquilo que me interessa, só compreendo aquilo que eu quero.* (E2)

*[...] bate naquilo que você tava **falando** sobre a governabilidade **entendeu**, [...] a gente tem que pensar na governabilidade, então assim, eu acho que egoísmo não entra na nossa governabilidade, acho que trabalho em equipe sim, que engloba.* (E1)

O termo “falta” apareceu na ocorrência dos termos “comunica”, “padronização”, “rotina”, “*feedback*”, “meio”, esta última teve alta ocorrência conjuntamente com “comunica”. Estes termos se encaixam no grupo organizacional/serviço do diagrama de Ishikawa, e relacionam-se à falta de padronização de rotinas na unidade, assim como da realização de *feedback*, como forma de dar retorno aos profissionais de seus desempenhos e a falta de um meio de comunicação oficial.

*[...] quando me veio isso na cabeça me vem: **falta** de **comunicação**, primeiro, foi **padronizado** que existiria um escaninho pra **colocar** isso? Foi feito passagem de plantão? É, que mais que a gente pode fazer, existe um, existe um, fluxo determinado como deve ser feito? [...]* (E1)

***Falta** de rotina **padronizada** né? Cada um **faz** a sua rotina, a gente não tem o **padrão** upa de rotina. Então eu ajo assim no meu plantão, a fulana quando tá lá age de um jeito, a beltrana de outro...aí bate com que a gente tava **falando**, rotina, fluxo e acho que tem colocar aí também, é, junto com **rotina** e **fluxo** é vou dizer, auditoria? Cobrança? (E1)*

*Eu acho que é **falta** de **feedback** que é uma questão que o questionário trouxe.* (E6)

*E que não há **feedback**, então assim eu faço mas eu não sei se tá certo.* (E3)

*Pode ser o **meio** de **comunicação** oficial, sim, ter um **meio** de **comunicação** oficial.* (E3)

Nota-se também uma conexão entre “pacientes” e “médica”. O termo “médica” também apareceu conjuntamente ao termo “prescrição”, apontando falhas na prescrição médica.

*[...] quando o **paciente** interna, por exemplo as cinco horas, aí vem a **prescrição**, o **médico coloca** o aprazamento da medicação, daí o técnico pega essa **prescrição** e vê o que tem pra agora, daí lá no meio tá o antibiótico que daí os **médicos colocam** pra **fazer** no horário padrão, que vai ser só as oito horas, então **paciente** internou as cinco e só vai **fazer** antibiótico as oito. (E5)*

*[...] tinha que estar escrito na **prescrição**, porque se a gente põe tabela a pessoa tem que ir lá ver na tabela. Isso é um conjunto de ações, é educação permanente da parte da enfermagem, é questão da **padronização** das **prescrições** pela parte **médica** [...](E1)*

Quanto ao problema de diluição de medicações, foi apontado nestas falas:

*Padrão de diluição é uma coisa necessária, por exemplo, enquanto eu vou diluir o que? Porque aí que você tem um que pega uma ampola de [...] e coloca num **soro** de 500 e tem um que **coloca** duas ampolas num **soro** de 250, de 100. (E2)*

Outros fatores apontados pelos Enfermeiros relacionados aos pacientes, colocado no grupo “Pacientes” no diagrama, foram a falta de educação e de informação sobre o serviço, sendo que estas podem estar relacionadas, pois considerou-se que os pacientes acabam sendo mal educados, não respeitando as normas e os profissionais, por não saberem quais são as normas, como e para que serve o serviço.

*[...] eles não respeitam, você **sabe** bem disso horário de visita na emergência, a mais tô aqui só pra dar uma olhadinha, não sei o que, então assim, é, isso são dos **pacientes**, eu acho que os **pacientes** são mal educados, mal educados no sentido assim, eu **falo** com a fulana, a fulana não deixa...daí eu tento, até que alguém deixe [...](E6)*

*[...] sobre os **pacientes**, por acaso a gente tem liberdade, né, a coordenação, de sugerir pro secretário ou pra prefeitura alguma coisa, é, mais informação pra população em relação a trauma, ir pro São José. (E3)*

Esta última fala aponta a falta informação aos pacientes sobre como a rede de saúde opera, sugerindo assim que a educação da população está falha nesse sentido.

O Grafo 2 mostra coocorrências de termos a partir da frequência inversa (tf-idf), apresentando os termos mais dispersos e, portanto, possibilitando melhor visualização das ligações entre eles.

Outros termos frequentes que obtiveram maior coocorrência no Grafo 2 foram: “toda” e “setor”; “enfermeira” com “chega” e “entendam”; e “falado” com “notificação”, e serão mostrados a diante.

A ocorrência conjunta do termo “enfermeira” e “chega”, mais evidenciada no Grafo 2 aconteceram em falas sobre gestão de pessoas em que problemas não estão sendo passados para a gerência da unidade, mas pode ser consequência de medo de punição, prejudicando assim o *feedback* que poderia ser dado dos Enfermeiros para a gerência.

*[...] as situações as vezes **chega**, até mesmo pro **enfermeiro**, ou pra gente quando tá num pé assim que já perdeu o controle entendeu? (E2)*

*[...] que os **enfermeiros** tenham autonomia, de resolver, e de dizer o sim e dizer o não, lógico tem que coisas que talvez vão precisar perguntar, dá pra fazer assim, dá pra fazer assado?, mas a gente quer muito que o **enfermeiro** sinta firmeza, o técnico sinta firmeza no seu **enfermeiro**, que é aquela pessoa com quem ele pode contar, que ele vai poder ter por exemplo liberdade de **chegar** e falar assim ó, fiz um negócio errado aqui ó [...] se isso não está acontecendo, eu só tenho um jeito de **saber**, se **chegar** pra mim entendeu? (E2)*

*Mas sabe o que que é, o medo dos **enfermeiros** é de **chegar** lá na coordenação e dizer, ó, olha aqui que a fulana **falou** de você. (E5)*

Os termos “enfermeira” e “entendam”, ocorreram quando se falava da escala de atividades, sobre o lado positivo e negativo de haver rodízio de setores.

*Você conhece todos os setores, você, ah eu sei a dificuldade que eles tem então eu vou aceitar, **entendeu** que eu tô **falando**? Ah, você é a **enfermeira** da emergência, a fulana é do internamento sempre assim, não, por exemplo você **sabendo** que, como que, o que a fulana passa lá no internamento você tem uma, visão. (E2)*

*Quando você tá fixo num setor a parte boa é que você **entende** que aquela é sua casa e que você tem que zelar por aquilo, você **sabe** que aquela é a **rotina** e que você tem que fazer daquela forma, e que no plantão que vem você tá aqui e se tiver uma zona é você que vai ter que dar conta, existe esse ponto também. Então se já tem uma equipe coesa, que trabalha de uma forma coesa, você tem um **enfermeiro** junto com essa equipe, eles já tem uma **rotina**, eles já criam uma **rotina**, eles trabalhando dentro daquilo [...] Tem um lado ruim que é isso que vocês tão **falando**, que eu não sei o que tá acontecendo no internamento, eu não sei o que tá acontecendo na soroterapia, é essa parte ruim [...] Empoderamento dos **enfermeiros**, sempre bato muito nessa tecla, **enfermeiro** tem que **entender** que a casinha é dele [...] (E1)*

As falas a seguir também indicam problemas relacionados com gestão de pessoas.

*Eu acho que melhora, eu acho que todos eles tinham que rodar, a gente não consegue, tá dando problema de novo porque tão **falando** e fazendo tipo,*

plantão que vem eu tô na emergência eu não vou ir pro plantão e aí tá desfalcando [...] (E5)

As falas acima aconteceram a partir da discussão de que não existe um padrão seguido por todos os plantões sobre a escala de atividades da equipe de enfermagem, algumas equipes fazem rodízio, assim todos profissionais trabalham em todos os setores, mas há equipes em que os profissionais são fixos e nas falas percebe-se que há pontos positivos e negativos dessas duas formas de trabalho, porém não haver um processo de trabalho igual para todos pode ocasionar insatisfação por parte dos funcionários. Portanto, esse é um tema que deve ser amplamente discutido entre os pares para que haja um consenso sobre aquilo que é melhor para os trabalhadores e pacientes.

Houve coocorrência dos termos “enfermeira” e “entendam” também quando se tratava da rotina de fluxo de entrada e saída de acompanhantes, em que não há um padrão seguido em todos os plantões.

*Mas é por isso que eu digo, eu quero que você, **enfermeiras entendeu**, escrevam o que que você acham que é conveniente que a gente estabeleça como exceção, que a gente vai abrir exceção, e aí a gente vai fechar um documento, chamar a assistente social [...] (E2)*

*Se é o **enfermeiro** então **entendo** que o **enfermeiro** comunica a recepção, ó, o paciente tal tá de alta, a família vai chegar aí, e você encaminha por favor pra cá. (E1)*

Outra situação apontada na ocorrência do termo **sabe** foi quando se falava sobre uma das dificuldades enfrentadas no internamento, referindo-se ao internamento de vários pacientes ao mesmo tempo próximo ao término do turno de trabalho, trazendo dificuldades para o setor que recebe o paciente; que precisam admiti-los, inteirando-se de suas situações, e ainda finalizar as atividades pendentes de fim de plantão, como organização do ambiente, reposição de materiais, cuidados de enfermagem; como troca de fraldas, mudanças de decúbito, medicações sintomáticas, esvaziamento de bolsas coletoras; que demandam tempo considerável; e as admissões acabam interrompendo essas rotinas e prejudicando a continuidade do cuidado, uma vez que ocorrem próximo a passagem de plantão, favorecendo ao atraso ou à não realização de atividades.

*Pois é mas aí **sabe** o que acontece? 10 pras seis interna quatro, também não dá. (E5)*

A fala abaixo é complementar:

*Aí vão reavaliar e vão começar a sapecar **paciente**. Porque já teve alta, os leitos estão prontos e os médicos veem e aí começam a trazer. (E1)*

Os termos “falado” e “notificação” conectaram-se no Grafo 2 devido à falta de cumprimento do fluxo da notificação compulsória que, apesar de já ter sido explicado ainda há problemas com isso, pois além de não preencherem corretamente os campos das notificações, estas acabam por não chegar a seu destino final e se perdem em meio a prontuários ou outros locais, indicando que, além de ser um problema de compreensão, há a necessidade de educação permanente dos profissionais sobre esse assunto, visando a compreensão da importância dessas fichas, bem como de seu fluxo, esperando-se uma mudança de atitude frente a essa situação.

*[...] eu ainda pego **notificação** compulsória sem nome do **paciente**. [...] Esses dias peguei uma **notificação** preenchida completa sem nome do **paciente**, **tudo** preenchido, não tinha nome do **paciente**, não tinha nome da mãe, não tinha data de nascimento, [...] Agora isso, ó que vem sendo **falado**. [...] (E1)*

*[...] se você **coloca** educação permanente, ela vem pra te ajudar nisso, a explicar a importância das pessoas, da importância do seu papel [...]*

Além da educação permanente, um enfermeiro apontou a falta de treinamento de novos profissionais, o que pode impactar na segurança do paciente.

*A questão mais importante com relação a segurança do **paciente** pra nós, é a **falta** de treinamento de novos profissionais, mais do que a comunicação. (E3)*

Os termos “toda” e “setor” reforçam o problema de segmentação de ambientes, e coocorreram quando foi falado da passagem de plantão e rodízio dos profissionais entre os setores da UPA. As falas a seguir mostram algumas dessas relações.

*Todos os **setores**, aquelas cortinas. **Paciente** é lá de transtorno mental, tá lá na janela, mas não tem outro leito pra por ele daí você **fica** naquela, será que ele soltou, será que pulou a janela, aí você tem que **toda** hora ir lá olhando o indivíduo. (E5)*

***Todos** os **setores**, só a soroterapia que não tem passagem de plantão oficial (E1)*

*Você conhece **todos** os **setores**, você, ah eu sei a dificuldade que eles tem então eu vou aceitar, entendeu que eu tô falando? (E2)*

A comunicação entre a UPA e os diferentes pontos da rede de assistência à saúde foi apontada como falha, sendo apontado pelos participantes como um dos fatores contribuintes no grupo “Externos”.

***Comunicação** intersetorial, que é o que ela **falou** em relação as unidades básicas e **tudo** mais, aí entra naquela questão, ela é externa mas ela é organizacional também, porque é a direção junto com a direção da básica que*

tem que fazer os acordos que disso é isso, assim que o Manchester entrar os azuis vão ser referenciados pras básicas. (E1)

*Eu só vou dar um exemplo de comunicação entre UPA e hospital. [...] Há 2 semanas fizemos uma reunião com **toda** direção do hospital e assim **ficou** constado em ata de que **todos os pacientes** de hemodiálise iriam pro São José. Ontem teve um **paciente** que [...] foi transferido pro [...] hoje eles **falaram** que não existe nenhum convênio com a [...] com o hospital [...] porque **todos os pacientes** vão vir pra UPA mesmo. (E2)*

As falas acima apontam que a comunicação com outros pontos da rede, como atenção primária e hospital, já possuem ações em andamento, portanto não foram discutidas intervenções para essa causa.

A fala a seguir exemplifica um dos problemas de comunicação na UPA, em que novas rotinas são estabelecidas, mas não são todos os profissionais que tomam conhecimento, o que pode levar a falhas. Isso é indicado no diagrama como “informações não são disseminadas”.

*[...] nunca me foi passado isso, desde quando que eu cheguei, eu não, ninguém **falou**, ó eu vou **falar** pra você onde que vai **ficar** os exames pra que, nunca me foi formalmente, sempre a gente tem que perguntar [...] (E3)*

A próxima fala aponta que, apesar de já haver uma passagem de plantão padronizada, ela não contempla todas as informações importantes a respeito do paciente e esse instrumento deve ser aperfeiçoado.

*[...] Eu **falei** nossa eu achei que era só eu que esquecia, aí a outra pessoa **falou**, não eu esqueço também, daí quando eu vou ver eu, é não **falei** e aí eu **fico** em casa, eu não **falei** aquilo, era importante. Então assim **falta**, tem uma, um padrão? Tem. Mas esse padrão não contempla aquilo que se deve ser **colocado**, **entendeu**? Então assim, são instrumentos também, são ferramentas, de trabalho que talvez estejam inadequados. (E5)*

O termo “soro”, além de apontar a falta de padronização da prescrição médica, revelou a falta de enfermeiro no setor de soroterapia.

*Por exemplo lá na **soro** não tem enfermeiro. (E6)*

Já o termo “computador” apareceu quando se falava sobre a implementação de uma pasta virtual, disponível em todos computadores da UPA, na qual estão disponíveis impressos, protocolos de atendimento e comunicados. Essa pasta ainda está sendo implementada e aperfeiçoada e foi desenvolvida para melhorar a comunicação entre os profissionais, assim como uniformizar e facilitar a prática.

Assim como esta iniciativa da pasta virtual, outras ações também foram expostas como já em andamento em relação à informação sobre a UPA para a população, como vídeos institucionais.

Baseando-se nesses fatores contribuintes, os participantes apontaram como intervenções que melhorarão a comunicação na UPA: criação de comissão multiprofissional, reunião participativa, criação de um meio de comunicação oficial, implantação de ações de educação permanente e padronização de fluxos, rotinas e processos de trabalho.

Fluxos de atendimento, padronização de tudo, falta de rotina padrão, padronização de tudo, passagem de plantão, feedback, disseminação das informações entra como meio de comunicação, profissional responsável por mais de um setor aí bate, número inadequado de profissionais... Para a sobrecarga de trabalho a padronização de tudo...educação permanente, com o feedback, com a reunião participativa, e tudo junto e misturado, esse negócio funciona. (E1)

Quando não tem é tudo, padronização de fluxos e rotinas, tanto para a equipe técnica para os pacientes, pras visitas, pra recepção. (E3)

Vamos colocar aqui ó, meio de comunicação oficial, que a gente pode colocar aqui, vamo colocar aqui, é, a reunião participativa? (E5)

Os Enfermeiros consideram que as ações sugeridas poderão melhorar mais de uma causa que prejudica a comunicação. Acreditam que, por exemplo, a participação dos profissionais na elaboração de rotinas e fluxos por meio da comissão multiprofissional fará com que se sintam importantes, melhorando seu comprometimento, assim como a padronização de fluxos e rotinas diminuirá a sobrecarga de trabalho, já que com os processos de trabalho padronizados há uma tendência em reduzir as interrupções geradas por questionamentos originados pela falta de uma linguagem padronizada entre plantões, assim como minimizar prescrições médicas e de enfermagem falhas, evitando o retrabalho.

[...] se você coloca educação permanente, ela vem pra te ajudar nisso, a explicar a importância das pessoas, da importância do seu papel, que vai agregar no comprometimento, que você pode associar a reunião participativa, com a educação permanente, com a padronização de tudo, a comissão multi, e aí você tem uma participação, uma imersão da equipe como um todo aí você tem um aumento do comprometimento. (E2)

A falta de comprometimento que a gente acha que vai melhorar com a reunião participativa e com a comissão multi. (E1)

Visando a melhor organização dos planos de ação, a criação de um meio oficial de comunicação foi incluída em padronização de fluxos, rotinas e processos de trabalho

e, como várias falas contemplaram problemas envolvendo escalas de folga e de atividades e cumprimento de horário de trabalho, e sendo estes temas pertinentes à gestão de pessoas, optou-se por separá-los em um plano de ação para elaboração e implantação de diretrizes de recursos humanos (RH).

O *5w3h* propõe a mensuração das ações planejadas e, mediante isso, propõe-se a criação da notificação de EA e *near miss* como um indicador da implementação das ações propostas, uma vez que estas repercutirão na melhoria da segurança do paciente. Espera-se que, com o desenvolvimento das intervenções, ocorram menos EA e *near miss*, mas também servirá como mecanismo de *feedback* da implementação dessas intervenções, uma vez que permitirão que falhas no processo sejam identificadas, possibilitando a adequação, bem como a identificação de novos problemas passíveis de intervenção.

5.2.3 Terceira oficina

Essa oficina discutiu a proposta para o problema “Número insuficiente de profissionais” e resultou em um corpus com 208 documentos e 463 termos. Teve a participação de oito Enfermeiras, todas do sexo feminino e assistenciais.

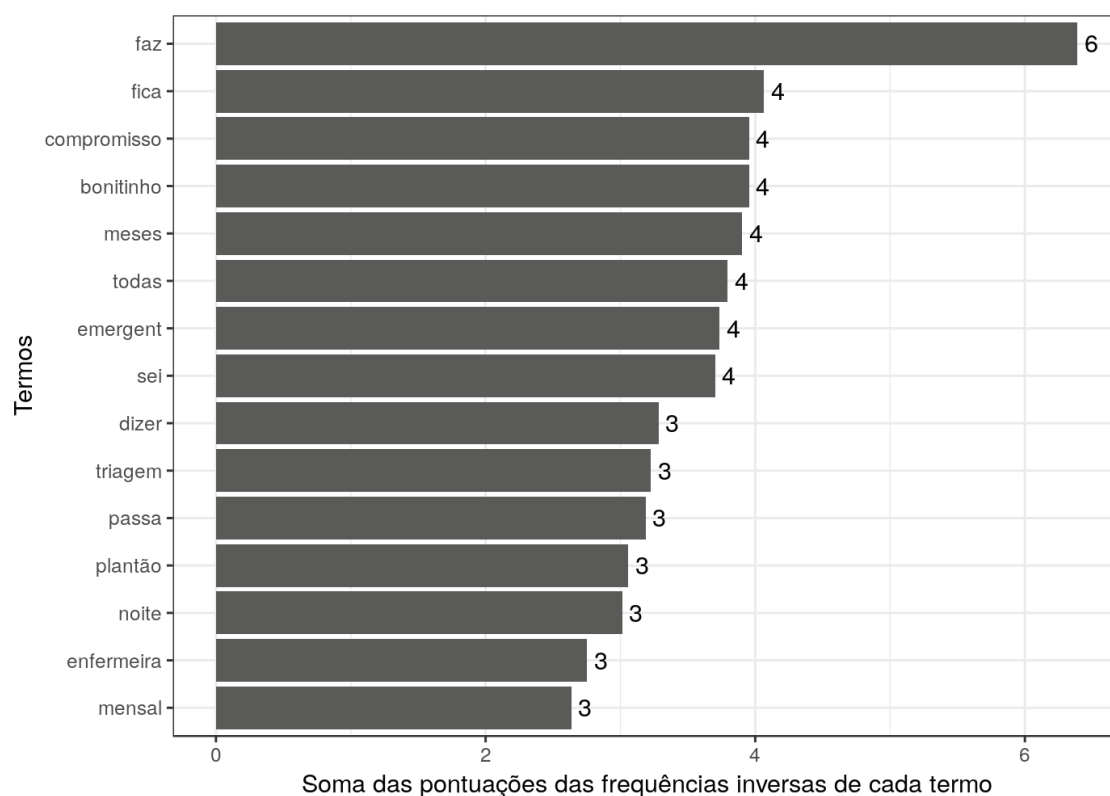
A discussão do problema nessa oficina resultou na proposta de implantação do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) para geração de dados que subsidiarão o cálculo de dimensionamento do pessoal de Enfermagem.

Foi citada a Resolução nº 543 de 2017 do COFEN (2017), destacando seus principais pontos, para que os Enfermeiros compreendessem que uma opção para conseguirem aumentar o quadro de enfermagem seria apresentarem à gerência da unidade essa necessidade em números, com cálculos realizados com base na legislação profissional.

Foi apresentado o que essa resolução aponta como método para calcular o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem e, em seguida, as escalas de Perroca (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998) e Fugulin (SANTOS et al., 2007) como exemplos de sistemas de classificação de pacientes conforme citados na referida resolução. Foi explicado também o espelho semanal padrão como uma opção para cálculo trazido pela resolução (COFEN, 2017).

A análise foi realizada (Figuras 4 e 5; Gráficos 13 e 14) assim como na segunda oficina.

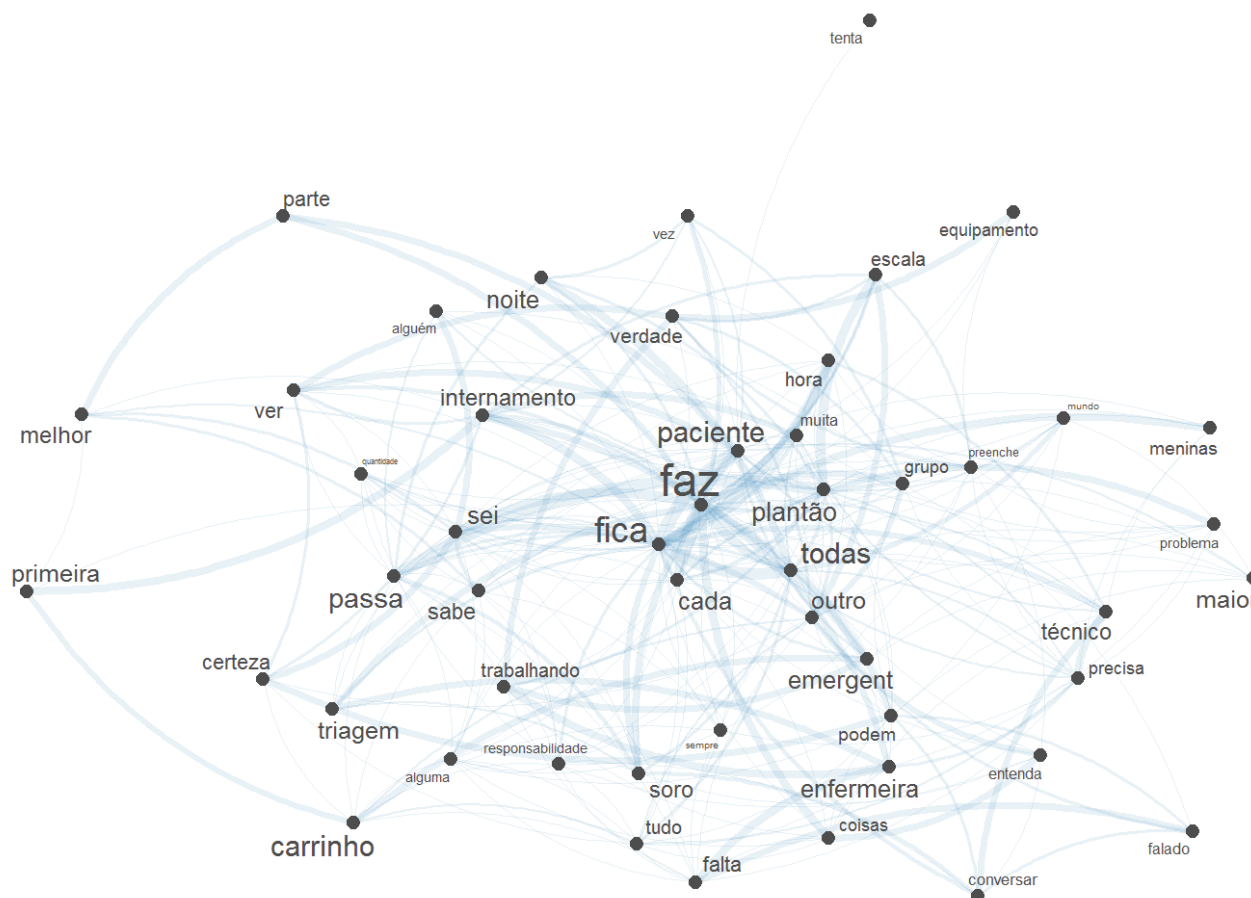
GRÁFICO 14 – GRÁFICO DE BARRAS REPRESENTANDO A FREQUÊNCIA INVERSA DOS TERMOS (TF- IDF) DA TERCEIRA OFICINA



FONTE: A autora (2019).

A nuvem de palavras retratada na Figura 5 permitiu a visualização de diferentes termos. O Grafo 3 mostra a coocorrência dos termos a partir a frequência relativa (tf-prop).

GRAFO 3 - COOCORRÊNCIA DOS TERMOS A PARTIR DA FREQUÊNCIA RELATIVA DOS TERMOS (TF-PROP) - TERCEIRA OFICINA



FONTE: A autora (2019).

O termo “faz” conecta-se com “hora” e “todas”, “paciente com “todas”; e “fica” com “internamento”, “todas” e paciente; e “plantão” com “hora”.

As coocorrências entre “faz” com “hora” e “todas” e “paciente” com “todas” podem ser exemplificadas com as falas a seguir, assim como a presença de outros termos das nuvens de palavras:

*Ela é específica mas tem critérios que são mais genéricos assim, que englobam muitas coisas, eu não lembro de cabeça, mas tem é **faz** uso de PAM no mesmo lugar que [...] curativo, na parte ali [...], eu sempre tenho dúvida na **hora** de preencher essa escala, precisaria de um critério só pra gente preencher aquele valor ou precisa estar **todos** os critérios? [...] porque é bastante **paciente** pra um **enfermeiro fazer de todo** mundo, que é sério gente, demora pra **fazer**, não é rápido, é, daí lá como a gente divide as evoluções, daí fica, por exemplo, o pessoal do dia **fica** com seus 10 [...] lá no [...] a gente **faz** uma vez por dia. A gente aplica a escala em **todos os pacientes** uma vez ao dia, nas 24 **horas**. (E13)*

*Eu acho uma ótima ideia até porque essa questão de divisão de **pacientes** algumas vezes acaba gerando conflitos sempre né, e assim você tem uma boa explicação baseada em conteúdo científico **fica** muito mais fácil de ser, de aceitar, se não vai ter que **fazer** sorteio no final né. Além de ser bom pro*

***paciente** ainda diminui um fator de estresse né, que é um fator de estresse. (E11)*

*Daí eu acho [...] que tem que ter uma planilha, como é que vai **fazer** pra juntar **todos** esses Perrocas? (E10)*

*Nós temos que ser assim, aquele lugar que **todo** mundo tem inveja, fala nossa você viu aqueles enfermeiros daquele lugar, eles se matam mas são unidos, entendeu? É nós poderíamos **fazer** mais tarde um grupo de estudo também, uma vez, pelo menos uma vez por mês [...] (E8)*

Nota-se que esses termos apareceram nas discussões tanto sobre a operacionalização do SCP, com uma Enfermeira inclusive colaborando com sua experiência em outro serviço, como quanto esse novo processo de trabalho irá ajudar, diminuindo conflitos com a equipe técnica. A última fala exemplifica o sentimento de que é necessário que os Enfermeiros tomem para si a resolução dos seus problemas, compartilhem ideias e melhorem o relacionamento interpessoal.

Assim como a última fala, que infere a necessidade de “espírito de equipe” as demais falas também trazem isso.

*Eu fui no **plantão** das meninas, os técnicos **fazem** pedido de material, vão lá, não precisa falar nada, no nosso **plantão** se eu precisar que façam o pedido de material Deus o livre. (E13)*

*[...] de ser igual pra **todo** mundo, discutir, ó no meu eu tô **fazendo**, eu tô com um problema, não tá funcionando isso, ou tive um problema com um técnico, tive um problema com não sei o que, com, sei lá, a gente discute e tenta resolver junto [...] (E8)*

Além desse senso de trabalho em equipe, foi falado sobre o comprometimento com a continuidade dos processos de trabalho, como apontado na discussão seguinte.

É eu abri o carrinho e não tinha. (E13)

Então assim não tem uma continuidade sabe. (E12)

*Não tem um **compromisso**. (E13)*

*Né? Um **compromisso** assim. (E12)*

Eu acho que quando você abre o carrinho de emergência, eu faço isso. (E13)

Os Enfermeiros sugeriram ainda a criação de um formulário para preenchimento dos dados de classificação dos pacientes, assim como a colocação desses formulários preenchidos em uma pasta própria para facilitar o seu recolhimento, favorecendo a organização dos dados para cálculo do dimensionamento.

A pesquisadora readequou o formulário já utilizado na unidade para registro do dimensionamento da equipe de enfermagem, adicionando uma coluna para o registro

da pontuação do SCP de Fugulin (2007) e a tabela com esta no verso, para que seja utilizada na implementação do SCP (APÊNDICE 6).

Já a ocorrência conjunta do termo “fica” com “internamento”, “todas” e “paciente” pode ser vista nas seguintes falas.

*Eu acho melhor a gente **ficar** centrado num setor primeiro, focar no máximo que puder em um, por exemplo no **internamento** (E13)*

*Mas na soroterapia tem como **fazer**? Dos **internamentos** que **ficam** lá (E14)*

***Todo** mundo quem? Onde? Quem **fica** no **internamento** **faz**, o dia que ficou **faz**. [...] Nós **todos** vamos juntando tudo num lugar e aí você **fica** responsável por arquivar isso. (E13)*

*Na verdade eu concordo com as meninas assim, porque na divisão eu já tenho feito isso, a gente acabou que adotando sabe, pelo grau de complexidade, os **pacientes** mais pesados, os **pacientes** mais críticos, é, quem **fica** com mais **pacientes** **fica** com os mais leves, a equipe já até entende. (E11)*

*Mas isso tá errado, [...] pelo COREN já tá determinado que cada técnico **fica** com dois **pacientes**. (E7)*

Dessa maneira, percebe-se que o contexto que esses termos foram utilizados também se discutia a operacionalização do SCP, primeiramente realizando-a somente em um dos setores da UPA, mesmo havendo, por exemplo, pacientes internados na soroterapia, mas nesse setor não há Enfermeiro responsável escalado. A última fala evidencia a falta de profissionais de enfermagem na unidade, em especial Enfermeiros.

*Falta **enfermeiro**. (E13)*

*No nosso dia não tem ninguém que fica na soro, a gente **fica** na **triagem** e **passa** sonda. (E14)*

Durante a discussão foi debatido em quais setores da UPA será feito o SCP, e os Enfermeiros concordaram que por ser uma rotina nova, com a qual não estão familiarizados. Por não haver Enfermeiros em todos os setores, optaram por realizar o SCP primeiramente no setor de internamento, como um projeto piloto, permitindo que esses profissionais apropriem-se mais facilmente desse novo processo de trabalho, com a possibilidade de estender futuramente para outros setores.

Uma das Enfermeiras relatou que a divisão de pacientes por técnicos é realizada em seu plantão de forma não sistematizada, baseada na demanda de grau de dependência do paciente determinada pela sua avaliação durante a passagem de plantão, portanto o SCP poderá facilitar ainda mais o trabalho que já é feito.

Destacam-se fortes ocorrências conjuntas de: “enfermeira” com “falta” e “trabalhando”; “sabe” com “dizer”; “internamento” e “emergência”; “plantão” com “passa”; “todas” com “noite”.

***Falta enfermeiro.** (E13)*

*As duas coisas, **falta enfermeiro** e o processo de **trabalho** é falho. (E9)*

Essas duas falas reforçam questões levantadas na segunda oficina da falta de Enfermeiros em alguns setores assim como o processo de trabalho falho por falta de fluxos e rotinas bem estabelecidos, gerando sobrecarga de trabalho e falta de monitoramento da implementação de novas rotinas. As falas a seguir reforçam a convergência desses pontos com a segunda oficina.

*É **fazendo** realmente o processo, tem que padronizar as coisas. (E14)*

*Tem que **fazer**, **fazer** rotina. (E9)*

***Fazer** o levantamento, a identificação [...], pra depois as estratégias. E acompanhar né a implementação, não é só implantar, tem que reavaliar (E13)*

As demais falas também tratam da prática do SCP, nas quais os Enfermeiros debatiam em quais setores farão, como será o fluxo do instrumento contendo o registro da classificação dos pacientes, quem poderia fazer, assim como a importância de conversar com os membros da equipe a respeito da nova rotina.

*No **internamento**, mas na **emergência**? (E14)*

*Mas considerando a passagem de **plantão**, por exemplo você vai **passar** o **plantão**, leito a leito, você vai falar, esse **paciente** deambula. (E13)*

*Eu pego o **plantão** da **noite**, o dia **passa** pra mim ou eu abro uma nova? [...] (E12)*

*Tem que **passar** pra eles. Além do que isso é um trabalho pra ajudar nossa, vai ajudar muito o nosso trabalho, cada um do seu **plantão**. (E14)*

***Passa** no **plantão** e vai **passando** no **plantão**. (E13)*

A próxima fala se deu quando os Enfermeiros discutiam a possibilidade de realizar o SCP na soroterapia, porém esse setor não possui Enfermeiro, não permitindo, então, a implementação dessa nova ferramenta de trabalho.

*Que **todas** as **noites** gente, ele só fica até 11 horas. (E9)*

A fala a seguir surgiu quando era explicado como o COFEN orienta o cálculo do dimensionamento do pessoal de enfermagem.

*Sim nós já **sabemos**, quer **dizer** eu acho que já **sabemos**. (E13)*

“Meses” foi um termo frequente na última nuvem de palavras aparecendo nas falas quando foi tratado por quanto tempo o SCP deveria ser aplicado para possibilitar o cálculo do dimensionamento.

A UPA possui oscilações no número de atendimentos, ocorrendo uma sazonalidade, e devido a isso foi sugerido que o cálculo para o dimensionamento seja realizado com os dados acumulados de pelo menos seis meses, orientação essa sugerida no curso de dimensionamento do 70º CBEN, pois, dessa forma, diminui a chance de o cálculo ser baseado em meses que possuem menor ou maior número de atendimentos do que o habitual, o que resultaria em um dado tendencioso.

Dessa maneira, os Enfermeiros mostraram-se sensibilizados com a apresentação, assim como entusiasmados com a ideia de realizar a classificação de pacientes, e isso servir de base para viabilizar o aumento no número de profissionais de enfermagem, pois serão instrumentos de mudança de sua própria realidade.

5.2.4 Quarta Oficina

Nas oficinas, os Enfermeiros não detalharam como executar as ações sugeridas, propuseram as cinco grandes ações, porém, como o modelo *5w3h* prevê o detalhamento baseado em suas questões norteadoras, isto foi desenvolvido pela pesquisadora.

Utilizou-se da logicidade do PES, buscando viabilidade naquilo que se propõe. Elaborou-se, então, os planos de ação fundamentados na análise dos grafos e nuvens de palavras, planos estes adequados e aprovados pelos Enfermeiros, nos encontros da quarta oficina.

Foram realizados quatro encontros para a apresentação, adequação e aprovação dos planos de ação pelos participantes (um em cada plantão), com a participação de 10 enfermeiras no total, todas do sexo feminino e assistenciais, e, após, esses planos foram apresentados para a enfermeira coordenadora da unidade.

Ao início de cada encontro foi explicado o objetivo da oficina e como foram construídos os planos de ação. Os planos de ação foram entregues impressos a cada enfermeiro, e então foram lidos em sua íntegra para possibilitar a adequação e aprovação das ações.

Somente no último encontro não houve sugestões de adequações. Nos três primeiros, os Enfermeiros contribuíram adicionando mais ideias e reorganizando o texto. Cada sugestão de adequação foi anotada pela pesquisadora, que após cada oficina procedia os ajustes sugeridos, de forma que o plano de ação apresentado no segundo encontro já continha os ajustes propostos no primeiro, e assim sucessivamente.

Essa oficina mostrou-se muito importante na finalização das propostas de intervenção pois possibilitou refinar as ideias, tornando-as mais factíveis.

A apresentação da versão final dos planos de ação aprovados pelos participantes à coordenadora da UPA também foi realizada pela leitura na íntegra, e ela mostrou-se muito interessada em implementar as ações descritas.

A fim de facilitar a compreensão da relação entre os fatores contribuintes associados pelos participantes aos problemas trabalhados, com as respectivas ações propostas, elaborou-se o quadro a seguir (Quadro 4) que sintetiza essa relação.

QUADRO 4 – QUADRO COM OS FATORES CONTRIBUINTES ASSOCIADOS AO PROBLEMA “COMUNICAÇÃO” E “NÚMERO INSUFICIENTE DE PROFISSIONAIS” TRABALHADOS NA SEGUNDA E TERCEIRA OFICINAS COM SUAS RESPECTIVAS AÇÕES DE MELHORIA - CONTINUA

Fatores contribuintes	Grupo diagrama de Ishikawa	Ações propostas
Falta de os Enfermeiros reportarem problemas a coordenação	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Elaborar e Implementar Diretrizes de RH Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho
Falta de cumprimento de horário	Profissional	Criar comissão multiprofissional Elaborar e Implementar Diretrizes de RH
Rodízio de profissionais nos setores da unidade	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Elaborar e Implementar Diretrizes de RH
Segmentação de ambientes que dificulta visualização de pacientes	Ambiente	Não foi trabalhada por não ser de governabilidade dos Enfermeiros
Fluxos de familiares e acompanhantes dentro da unidade	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho
Fluxos de notificações compulsórias	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho Implantar ações de educação permanente
Falta de supervisão direta do Enfermeiro	Organizacional	Dimensionar adequadamente a equipe de enfermagem
Sobrecarga de trabalho	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho Implantar ações de educação permanente

QUADRO 4 – FATORES CONTRIBUENTES ASSOCIADOS AO PROBLEMA “COMUNICAÇÃO” E “NÚMERO INSUFICIENTE DE PROFISSIONAIS” TRABALHADOS NA SEGUNDA E NA TERCEIRA OFICINAS E RESPECTIVAS AÇÕES DE MELHORIA – CONCLUSÃO

Fatores contribuintes	Grupo diagrama de Ishikawa	Ações propostas
Falta de compreensão	Profissionais	Criar comissão multiprofissional Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho Elaborar e Implementar Diretrizes de RH Implantar ações de educação permanente
Falta de padronização de fluxos e rotinas	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho
Falta de <i>feedback</i>	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Elaborar e Implementar Diretrizes de RH
Falta de meio oficial de comunicação	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho
Falta de espírito de equipe	Profissional	Criar comissão multiprofissional Elaborar e Implementar Diretrizes de RH
Falta de padronização da prescrição médica	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho
Falta de educação	Paciente	Criar comissão multiprofissional Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho
Falta de informação sobre o serviço	Paciente	Já há planejamento em andamento de ações por parte da coordenação da unidade
Necessidade de monitorar a implantação de novos fluxos e rotinas	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho
Absenteísmo	Profissional	Criar comissão multiprofissional Elaborar e Implementar Diretrizes de RH
Dificuldades de internamento de paciente de um setor para outro	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho
Falta de treinamento de novos profissionais	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Implantar ações de educação permanente
Comunicação entre diferentes pontos da rede de assistência à saúde está falha	Externos	Já há planejamento em andamento de ações por parte da coordenação da unidade
Informações não são disseminadas	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho
Instrumento de passagem de plantão inadequado	Organizacional	Criar comissão multiprofissional Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho
Falta de Enfermeiro	Organizacional	Dimensionar adequadamente equipe de enfermagem

FONTE: A autora (2019).

6 PRODUTO

Esta seção apresenta o produto construído durante a realização desta pesquisa.

6.1 PLANOS DE AÇÃO 5W3H

QUADRO 5- PLANO DE AÇÃO: AÇÕES DE MELHORIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA UPA - CONTINUA

AÇÕES DE MELHORIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA UPA					
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)
Criar a Comissão Multiprofissional (CM)	Coordenação da UPA	Fevereiro 2019	UPA Afonso Pena	-Padronizar fluxos, processos de trabalho e rotinas por meio da participação de representantes das diversas categorias profissionais	- Criar a CM
	CM Setor de Qualidade			-Promover a gestão participativa conforme a Política de Humanização do SUS -Melhorar a comunicação -Melhorar o comprometimento dos servidores -Motivar servidores	- Realizar reuniões com a CM a cada 2 meses
					Hora de trabalho dos profissionais envolvidos
					Conforme plano de ação específico

QUADRO 5 - PLANO DE AÇÃO: AÇÕES DE MELHORIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – CONTINUA

AÇÕES DE MELHORIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA UPA							
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)	COMO MEDIR (How measure)
Implantar ações de Educação Permanente	Coordenação da UPA CM Setor de Qualidade Profissionais da UPA	A partir de Abril de 2019	UPA Afonso Pena	-Melhorar a comunicação -Melhorar a qualidade do atendimento e consequentemente a segurança do paciente -Motivar servidores -Uniformizar conhecimento e práticas assistenciais -Facilitar a implantação dos fluxos, rotinas e processos propostos pela CM	- Estabelecer um cronograma anual de treinamentos de acordo com prioridades estabelecidas pela CM - Solicitar autorização para pagamento de horas extras aos profissionais que ministrarão os treinamentos - Estabelecer parceria com o Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde - Realizar treinamentos - Planejar e implementar o acolhimento de novos profissionais	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos Horas extras dos profissionais	Conforme plano de ação específico

QUADRO 5 - PLANO DE AÇÃO: AÇÕES DE MELHORIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – CONTINUA

AÇÕES DE MELHORIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA UPA							
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)	COMO MEDIR (How measure)
Padronizar fluxos, rotinas e processos de trabalho ¹²	Coordenação da UPA CM Setor de Qualidade	A partir de Abril de 2019 de 2019	UPA Afonso Pena	-Melhorar a comunicação -Melhorar a qualidade do atendimento e consequentemente a segurança do paciente -Motivar servidores -Uniformizar práticas assistenciais	- Criar a CM - Implantar notificação de eventos adversos e <i>near miss</i> - Planejar e desenvolver fluxos, rotinas e processos de acordo com as prioridades determinadas pela CM - Implementar novos fluxos, rotinas e processos de trabalho	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos Horas extras dos profissionais para o planejamento das ações	Conforme plano de ação específico
Elaborar e Implementar Diretrizes de RH	Coordenação da UPA CM Setor de Qualidade	Abril a dezembro de 2019	UPA Afonso Pena	-Padronizar procedimentos referentes a gestão de pessoas (escalas, avaliação de desempenho, absenteísmo etc) -Motivar servidores -Estabelecer <i>feedback</i> adequado	- Criar a CM - Elaborar as diretrizes de RH da UPA pela CM - Implementar as diretrizes de RH da UPA	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos Horas extras dos profissionais para o planejamento das ações	Conforme plano de ação específico

¹² O processo de trabalho é a ação do homem sobre a natureza, com uso de instrumentos de trabalho, transformando-a em produtos para fins pré estabelecidos. Este processo pode ser analisado e compreendido por seus três elementos: objeto do trabalho, sobre o que o homem atua e transforma durante o processo; os meios e instrumentos do trabalho; e a atividade adequada a um fim, o próprio trabalho com suas formas de organizações específicas. (MARX, 1994).

QUADRO 5 - PLANO DE AÇÃO: AÇÕES DE MELHORIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – CONCLUSÃO

AÇÕES DE MELHORIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA UPA							
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)	COMO MEDIR (How measure)
Dimensionar adequadamente equipe de enfermagem	Coordenação da UPA Enfermeiros Assistenciais da UPA	Maio a dezembro de 2019	UPA Afonso Pena	-Determinar se quadro de enfermagem é adequado ao número de pacientes no setor internamento -Obter indicador para gerenciamento de enfermagem -Melhorar a qualidade do atendimento e consequentemente a segurança do paciente	- Implantar Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) de Fugulin (2007) no setor de internamento - Calcular o quadro de pessoal de Enfermagem da UPA do setor de internamento	Papel, tinta de impressão Hora de trabalho dos profissionais envolvidos	Conforme plano de ação específico

QUADRO 6 - PLANO DE AÇÃO: CRIAÇÃO DA COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL

CRIAÇÃO DA COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL							
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)	COMO MEDIR (How measure)
Criar CM	Coordenação da UPA	Fevereiro 2019	UPA Afonso Pena	-Padronizar fluxos, processos de trabalho e rotinas por meio da participação de representantes das diversas categorias profissionais -Promover a gestão participativa conforme a Política de Humanização do SUS -Melhorar a comunicação -Aproximar gerência dos servidores -Motivar servidores	- Solicitar a cada categoria profissional que eleja seu representante (um do plantão noturno e um do diurno) - Convocar reunião com os representantes indicados	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos	Não há
Realizar reuniões com membros da CM	Coordenação da UPA CM Setor de Qualidade	A partir de Fevereiro de 2019	UPA Afonso Pena	-Melhorar a comunicação -Melhorar a qualidade do atendimento e consequentemente a segurança do paciente -Motivar servidores -Uniformizar práticas assistenciais -Estabelecer feedback adequado -Aproximar gerência dos servidores	<u>1ª reunião da CM (fev/19):</u> - Realizar reunião com representantes indicados para apresentar objetivos da comissão e plano de trabalho - Estabelecer um calendário de reuniões: bimestral - Divulgar datas das reuniões pelos diversos meios de comunicação (e-mail, mural, <i>Whatsapp</i> , lideranças) - Avisos nos meios de comunicação lembrando sobre a reunião - Apresentar formalmente aos demais profissionais a CM	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos	-Ata de reunião -Planilha de indicadores: nº de participantes por categoria, justificativas de não participação, acompanhamento da divulgação das reuniões

QUADRO 7 - PLANO DE AÇÃO: IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – CONTINUA

IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE							
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)	COMO MEDIR (How measure)
Estabelecer um cronograma anual de treinamentos de acordo com prioridades determinadas pela CM	Sector de qualidade CM	Abril à Junho de 2019	UPA Afonso Pena	Planejar os treinamentos que ocorrerão no ano de forma a provisionar datas, locais, profissionais e custos	2ª reunião da CM (abril/19): - Solicitar aos membros que investiguem com suas equipes assuntos para treinamento que consideram relevantes para sua prática (obrigatoriamente contendo assuntos relativos à segurança do paciente, como administração segura de medicamentos, identificação do paciente, prevenção de lesão por pressão, comunicação, notificação de eventos adversos e <i>near miss</i>) 3ª reunião da CM (junho/19): - Apresentar assuntos escolhidos pelas equipes - Determinar quais serão os assuntos dos treinamentos - Convidar profissionais da UPA a realizarem os treinamentos de acordo com os assuntos determinados pela CM - Elaborar cronograma anual de treinamentos - Determinar local (is) para realização dos treinamentos - Estabelecer forma (s) de divulgação dos treinamentos	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos	-Monitorar o cumprimento do cronograma

QUADRO 7 - PLANO DE AÇÃO: IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – CONTINUA

IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE							
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)	COMO MEDIR (How measure)
Estabelecer parceria com o Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde	Coordenação da UPA Coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência	Junho a agosto de 2019	UPA Afonso Pena	Viabilizar realização dos treinamentos planejados	- Agendar reunião com a coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência - Apresentar proposta de parceria para realização dos treinamentos na UPA	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos	Acompanhamento da pactuação realizada entre Coordenação da UPA e coordenação da residência por meio de reuniões trimestrais
Solicitar autorização para pagamento de horas extras aos profissionais	Coordenação da UPA	Junho a agosto de 2019	Secretaria Municipal de Saúde	Viabilizar realização dos treinamentos planejados	- Calcular custos necessários com pagamento de pessoal para realização dos treinamentos planejados (incluindo profissionais que participarão fora do horário de trabalho em treinamentos obrigatórios) - Agendar reunião com secretário de saúde - Apresentar cálculos realizados e solicitar autorização	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos	Não há
Realizar treinamentos	Sector de Qualidade Residência Multiprofissional de Urgência Profissionais UPA Coordenação da UPA	A partir agosto de 2019	UPA Afonso Pena	-Motivar servidores -Uniformizar conhecimento e práticas assistenciais -Facilitar a implantação dos fluxos, rotinas e processos propostos pela CM	Realizar treinamentos de acordo com o planejado no cronograma	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos Horas extras dos profissionais	-Avaliação do treinamento (formulário) -Acompanhamento de práticas assistenciais após treinamento -Monitorar o cumprimento do cronograma

QUADRO 7 - PLANO DE AÇÃO: IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – CONCLUSÃO

IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE							
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)	COMO MEDIR (How measure)
Planejar e implementar o acolhimento de novos profissionais	CM Coordenação da UPA Setor de Qualidade	Abril a agosto de 2019	UPA Afonso Pena	-Uniformizar conhecimento e práticas assistenciais -Melhorar a segurança do paciente -Facilitar a implantação dos fluxos, rotinas e processos propostos pela CM	Na 2ª reunião da CM (abril/19): - Estabelecer o prazo para 4ª reunião da CM para os membros trazerem ideias de como acolher novos profissionais na UPA - <i>Benchmarking</i> : coordenação entra em contato com outras instituições para conhecer suas práticas de acolhimento de novos profissionais e apresenta uma proposta na 4ª reunião da CM Na 4ª reunião da CM (agosto/19): - Coordenação apresenta proposta de acolhimento de novos profissionais e demais membros podem contribuir com mais ideias também - Finalizar uma proposta de acolhimento de novos profissionais na UPA construída pela CM e coordenação da UPA -Implementar a proposta de acolhimento de novos profissionais na UPA	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos	- Atas de reunião - Monitorar a implementação da proposta

QUADRO 8 - PLANO DE AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DE FLUXOS, ROTINAS E PROCESSOS DE TRABALHO – CONTINUA

PADRONIZAÇÃO DE FLUXOS, ROTINAS E PROCESSOS DE TRABALHO						
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)
Implantar notificação de eventos adversos e <i>near miss</i>	Coordenação da UPA CM Setor de Qualidade	Maio a agosto de 2019	UPA Afonso Pena	-Melhorar a qualidade do atendimento e consequentemente a segurança do paciente -Facilitar a implantação de novos fluxos, rotinas e processos de trabalho -Avaliar a implantação de novos fluxos, rotinas e processos de trabalho -Readequar novos fluxos, rotinas e processos de trabalho -Reconhecer novos problemas na UPA relacionados a segurança do paciente	-Elaborar um formulário de notificação de eventos adversos e <i>near miss</i> -Planejar o processo de implementação do formulário de notificação (treinamentos dos profissionais, fluxo que seguirá do momento que notifica até a finalização da ficha, será anônimo?) -Apresentar, adequar e aprovar formulário e seu fluxo (na 3ª reunião da CM -junho/19) -Realizar treinamento com os profissionais sobre a implantação do formulário de notificação	Custo do papel e tinta de impressora Hora de trabalho dos profissionais envolvidos
						Acompanhamento dos formulários notificados (descrições dos eventos, campos preenchidos corretamente, nº de formulários, resolução do problema, resultados gerados por meio da ficha, <i>feedback</i> realizados) por meio de planilha do Excel

QUADRO 8 - PLANO DE AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DE FLUXOS, ROTINAS E PROCESSOS DE TRABALHO – CONTINUA

PADRONIZAÇÃO DE FLUXOS, ROTINAS E PROCESSOS DE TRABALHO						
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)
Planejar e desenvolver fluxos, rotinas e processos de trabalho	Coordenação da UPA CM	Abril a agosto de 2019	UPA Afonso Pena	<ul style="list-style-type: none">-Melhorar a qualidade do atendimento e consequentemente a segurança do paciente-Motivar servidores-Uniformizar práticas assistenciais- Determinar como serão implantados novos fluxos, rotinas e processos de trabalho pela CM-Diminuir a chance de fracasso na implantação de novos fluxos e rotinas-Facilitar a implantação de novos fluxos e rotinas	2ª reunião da CM (abril/19): <ul style="list-style-type: none">- Solicitar aos membros que investiguem com suas equipes quais problemas devem ser trabalhados pela CM- Apresentar sugestões de problemas a serem trabalhados: padronização de prescrição médica (com estabelecimento de diluição e gotejamento de todas as drogas prescritas); estabelecer meios oficiais de comunicação interna; melhora de formulário de balanço hídrico da sala de emergência e de passagem de plantão, macas no internamento	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos
					3ª reunião da CM (junho/19): <ul style="list-style-type: none">- Apresentar problemas levantados pelas equipes- Determinar os problemas prioritários a serem trabalhados- Determinar pequenos grupos (máximo 3 pessoas) para se responsabilizarem em desenvolver propostas de fluxos, rotinas e processos de trabalho escolhidos pela CM como prioridade- Determinar quantidade de rotinas/fluxos/processos de trabalho que serão apresentados na próxima reunião- Pactuar como deverão ser elaborados as propostas (o que deve conter, p.ex. modelo de POP), deverá conter como implementar, como serão repassados aos profissionais e como monitorar a implementação- Provisionar quantidade de hora extra necessária para planejamento destes fluxos/rotinas/processos	Horas extras dos profissionais para o planejamento das ações
					4ª reunião da CM (agosto/19): <ul style="list-style-type: none">- Apresentar, adequar e aprovar propostas elaboradas- Determinar quantas rotinas/fluxos/processos serão implementados até a próxima reunião	
						<ul style="list-style-type: none">- Ata de reunião- Planilha de indicadores: nº de participantes por categoria, justificativas de não participação, acompanhamento da divulgação das reuniões- Avaliação da participação durante as reuniões- Ponto eletrônico dos profissionais

QUADRO 8 - PLANO DE AÇÃO: PADRONIZAÇÃO DE FLUXOS, ROTINAS E PROCESSOS DE TRABALHO – CONCLUSÃO

PADRONIZAÇÃO DE FLUXOS, ROTINAS E PROCESSOS DE TRABALHO							
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)	COMO MEDIR (How measure)
Implementar e avaliar novos fluxos, rotinas e processos de trabalho	Coordenação da UPA CM Setor de Qualidade	A partir de agosto de 2019	UPA Afonso Pena	-Melhorar a qualidade do atendimento e consequentemente a segurança do paciente -Motivar servidores -Uniformizar práticas assistenciais - Avaliar e readequar novos fluxos, rotinas e processos de trabalho	- Implementar os fluxos/rotinas/processos de trabalho propostos <u>5ª reunião da CM (outubro/19):</u> - Apresentar o andamento da implementação das novas rotinas, fluxos e processos de trabalho - Avaliar quais serão os próximos fluxos/rotinas/processos a serem implementados	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos	-Monitorar a implementação -Apresentação dos resultados de implantação na reunião da CM - Acompanhamento do nº de eventos adversos e <i>near miss</i> notificados

QUADRO 9 - PLANO DE AÇÃO: ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES DE RECURSOS HUMANOS – CONTINUA

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES DE RH							
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)	COMO MEDIR (How measure)
Elaborar as diretrizes de RH da UPA pela CM	Coordenação da UPA CM Setor de Qualidade	Abril a agosto 2019	UPA Afonso Pena	-Facilitar o <i>feedback</i> -Uniformizar procedimentos de RH -Melhorar satisfação dos servidores -Melhorar a avaliação, por parte dos servidores, da gerência da unidade -Diminuir conflitos -Motivar servidores	2ª reunião da CM (abril/19): - Apresentar sugestões de problemas a serem trabalhados: quantidade de troca de folgas; fixar ou não profissionais de enfermagem nos setores; critérios para escolha de folgas em fins de semana e feriados, permissão ou não para repor faltas, como fazer avaliação de desempenho, como realizar o <i>feedback</i> contínuo; como diminuir absenteísmo e atrasos, restrições laborativas - Determinar um grupo dentro da CM que escreva as propostas que comporão as diretrizes de RH: deverão solicitar opinião dos seus pares - Provisionar horas extras para os profissionais que irão elaborar as diretrizes -Elaborar as diretrizes de RH	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos Horas extras dos profissionais para a elaboração das diretrizes	-Ata de reunião -Planilha de indicadores: nº de participantes por categoria, justificativas de não participação, acompanhamento da divulgação das reuniões -Avaliação da participação durante as reuniões - Ponto eletrônico dos profissionais

QUADRO 9 - PLANO DE AÇÃO: ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES DE RECURSOS HUMANOS – CONCLUSÃO

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE DIRETRIZES DE RH							
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)	COMO MEDIR (How measure)
Implementar as diretrizes de RH da UPA	Coordenação da UPA CM	Agosto a dezembro de 2019	UPA Afonso Pena	- Determinar como serão implantadas as diretrizes de RH da UPA pela CM -Diminuir a chance de fracasso na implantação diretrizes de RH da UPA -Facilitar a implantação das diretrizes de RH da UPA	4ª reunião da CM (agosto/19): - Apresentar a CM as diretrizes de RH - Adequar e aprovar diretrizes de RH pela CM - Divulgar as diretrizes de RH para todos profissionais - Implementar as diretrizes de RH	Hora de trabalho dos profissionais envolvidos	Registrar: -Nº profissionais de atestados -Nº de dias de afastamento -Nº profissionais com atrasos Afim de avaliar se houve redução destes índices -Monitorar a implementação das diretrizes -Apresentação dos resultados de implementação na reunião da CM

QUADRO 10 - PLANO DE AÇÃO: DIMENSIONAMENTO ADEQUADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

DIMENSIONAMENTO ADEQUADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM							
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)	COMO MEDIR (How measure)
Implantar Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) de Fugulin (2007) no setor de internamento	Coordenação da UPA Enfermeiros assistenciais da UPA	Maio a junho 2019	Setor de Internamento da UPA Afonso Pena	-Possibilitar o cálculo do quadro de pessoal de Enfermagem da UPA no setor de internamento de acordo com a Portaria COFEN nº 543/2017 -Viabilizar o aumento do quadro de pessoal de Enfermagem da UPA	- Elaborar instrumento para registro adequado da classificação do paciente segundo SCP de Fugulin (2007) - Elaborar documento explicativo de como utilizar o SCP de Fugulin (2007) - Preencher instrumento com o SCP diariamente seguindo a mesma divisão de evolução de enfermagem já estabelecida no setor durante 30 dias (projeto piloto) - Reunir Enfermeiros para discutir a implementação do SCP para readequação deste novo processo de trabalho	Custo do papel e tinta de impressora Hora de trabalho dos profissionais envolvidos	-Acompanhar se estão preenchendo o instrumento diariamente -Readequação do processo após 30 dias de implementação -Alimentar planilha com os dados dos instrumentos preenchidos
Calcular o quadro de pessoal de Enfermagem da UPA do setor de internamento	Coordenação da UPA Enfermeiros assistenciais da UPA	Junho a dezembro de 2019	UPA Afonso Pena	-Viabilizar o aumento do quadro de pessoal de Enfermagem da UPA	- Arquivar formulários preenchidos em pasta específica - Preencher 1x/semana planilha com os dados dos formulários preenchidos - Calcular dimensionamento conforme Portaria COFEN nº 543/2017 - Apresentar trabalho realizado pelos Enfermeiros e o cálculo do dimensionamento	Custo da pasta, papel e tinta de impressora Hora de trabalho dos profissionais envolvidos	-Calcular o dimensionamento com os dados obtidos e segundo Resolução COFEN nº 543/2017

7 DISCUSSÃO

Esta seção da pesquisa destina-se à discussão do produto construído, dos planos de ação desenvolvidos, à luz da literatura científica.

A discussão realizada durante a segunda oficina sobre os fatores associados ao problema de comunicação na UPA apontou, em sua maioria, fatores relacionados à categoria organizacional e, conseqüentemente, as propostas de melhoria concentraram-se nessa modalidade, com sugestões voltadas a repensar processos já estabelecidos, mas ainda não difundidos igualmente a todos profissionais e tampouco descritos.

Diante dos planos de ação elaborados, é possível perceber que a Comissão Multiprofissional (CM) proposta tem papel central e, portanto, fundamental, uma vez que estará envolvida no desenvolvimento das demais ações. Dessa maneira, a CM permitirá a participação ativa das diversas categorias de trabalhadores da UPA na transformação de seu próprio processo de trabalho, inserindo-os no processo decisório e, assim, os corresponsabilizando pelas mudanças.

As pessoas envolvidas em uma mudança devem participar do seu planejamento, pois o compartilhamento de informações e de tomadas de decisão faz com que as pessoas nelas envolvidas sintam-se valorizadas (MARQUIS; HUSTON, 2015), e as conduz ao comprometimento. (CHIAVENATO, 2014a).

Uma correlação positiva significativa entre governança compartilhada e engajamento no trabalho foi encontrada no estudo de Siller et al. (2016), apontando que o envolvimento dos enfermeiros de emergência na tomada de decisões organizacionais e clínicas melhora o envolvimento desses profissionais no trabalho.

O benefício proporcionado pelo compartilhamento de informações foi evidenciado pelo estudo de Gausvik et al. (2015), que apontou que discussões interdisciplinares à beira leito tiveram impacto positivo na segurança do paciente, pois oportunizavam melhor comunicação, possibilitando a discussão entre as diferentes categorias profissionais sobre preocupações relacionadas aos pacientes, fazendo-os compreender melhor o plano de cuidados, e até mesmo melhorando a satisfação no trabalho.

O compartilhamento de informações entre os profissionais de saúde faz com que dúvidas sejam sanadas. Do mesmo modo, o cuidado do paciente é planejado a partir do conhecimento de diferentes disciplinas, valorizando o saber de cada

categoria e, dessa maneira, oferecendo assistência mais completa e de melhor qualidade. (GAUSVIK et al., 2015).

O compartilhamento de informações entre os membros da equipe promove sinergia entre estes, pois uniformiza o entendimento da situação, dos papéis e das tarefas de cada um, antevendo a necessidade do outro e aumentando a eficiência no trabalho. (WELLER; BOYD; CUMIN, 2014).

A partir do momento em que cada indivíduo é escutado, as suas contribuições são reconhecidas, ele se sente valorizado e a confiança entre as pessoas aumenta (WELLER; BOYD; CUMIN, 2014), melhorando o trabalho em equipe.

Por sua vez, o clima de trabalho em equipe é considerado um importante fator e um dos determinantes para atitudes relacionadas à segurança do paciente. (BRASAITE; KAUNONEN; SUOMINEN, 2015). Um melhor clima de trabalho em equipe está associado à diminuição das taxas de EA e mortalidade (BERRY et al., 2016), e melhorar a comunicação entre os profissionais pode melhorar o senso de trabalho em equipe. (GAUSVIK et al., 2015).

Trabalhar em equipe implica em supervisionar e apoiar uns aos outros, o que diminui a chance de ocorrências de erros. (TOURANI et al., 2014).

Profissionais que se sentem importantes e respeitados no trabalho são mais propensos a desenvolver assistência de qualidade. Portanto, para a melhoria do trabalho em equipe, são recomendadas ações que promovam diversas atitudes entre os membros da equipe, como comprometimento, cooperação, respeito, responsabilidade e boa comunicação. (MINUZZI et al., 2016).

O estudo realizado por Sexton et al. (2018) concluiu que há associação entre os *walk rounds* com *feedback*; em que líderes e profissionais de linha de frente discutem problemas relacionados à segurança do paciente e como solucioná-los, recebendo o *feedback* após implantação das ações; e melhores avaliações da cultura de segurança, maior engajamento da força de trabalho e menor desgaste, pois envolve os profissionais nas tomadas de decisão, fazendo-os se sentirem engajados e conectados às ações de melhoria da qualidade assistencial. Além disso, diminui percepções de *burnout* como, por exemplo, que se está trabalhando muito ou se sentindo frustrado pelo seu trabalho.

Assim, com a ação de inserção do profissional na construção de propostas de melhorias, serão alcançadas mudanças na prática, por essa ação intervir em

diferentes componentes da segurança do paciente, como a comunicação, a satisfação do trabalho e o clima de trabalho em equipe.

Inserir o profissional da assistência direta nas discussões dos problemas relacionados à segurança do paciente, fazendo-o participar da construção de propostas de ações de melhoria e, além disso, retornar a esse profissional o que foi feito com as suas sugestões, traz resultados positivos sobre o comportamento destes, fortalecendo a CS, pois conforme considerado pelos participantes, isso os valoriza e os motiva a um maior comprometimento com o local de trabalho.

Nesse sentido, os achados do estudo de Moreira et al. (2019, p. 5) corroboram com essa ideia, pois os profissionais entrevistados sugeriram a realização de reuniões multiprofissionais “as quais permitam abertura para o diálogo, avaliações de desempenho e *feedback* contínuos”. A equipe pode, assim, discutir os problemas do dia a dia, propondo soluções e promovendo uma comunicação mais efetiva. No plano de ação para elaboração e implementação de diretrizes de RH, o *feedback* e a avaliação de desempenho aparecem como formas de operacionalizar o plano de ação.

As apreciações de desempenho dos profissionais no trabalho permitem determinar o grau de excelência na realização das suas tarefas, possibilitando ao indivíduo saber em que nível está e quais são as expectativas da organização em relação a ele, bem como subsidia decisões para promoções, transferências, ações disciplinares e dispensas de empregados, sendo considerado um valioso recurso para desenvolvimento e a motivação de pessoal, (MARQUIS; HUSTON, 2015), orientando iniciativas de melhoria. (VANFOSSON; JONES; YODER, 2016).

A avaliação de desempenho proporciona meios para que o avaliado saiba o que os demais membros da equipe pensam sobre ele, melhorando a autopercepção e a percepção do entorno social, assim como identifica pontos fortes e fragilidades, sendo que estas devem ser objeto de melhoria pelo treinamento. (CHIAVENATO, 2014c).

O *feedback* diário promove melhoria do desempenho profissional e a construção de uma abordagem de equipe, pois, por meio de discussões entre chefe e empregado, propiciando um intercâmbio de ideias, este sente-se valorizado e parte de um grupo maior, e conseqüentemente tem-se uma mudança positiva de comportamento (MARQUIS; HUSTON, 2015), como a minimização de comportamentos destrutivos. “Toda pessoa precisa receber retroação a respeito de

seu desempenho para saber como está fazendo seu trabalho e fazer as devidas correções”. (CHIAVENATO, 2014c, p. 211).

O *feedback* diário e a avaliação de desempenho darão suporte à implementação dos fluxos e rotinas que também serão desenvolvidos pela CM, pois, à medida que estes forem implementados, serão necessárias devolutivas aos profissionais, a fim de corrigir falhas e adequar atitudes, buscando sintonia com os novos processos de trabalho.

Além da participação dos profissionais no desenvolvimento de ações de melhoria, a CM possibilitará a aproximação destes à gerência da unidade, já que o domínio que avalia a percepção dos Enfermeiros sobre a gerência da unidade foi o terceiro pior avaliado de todos, o que remete à insatisfação dos Enfermeiros em relação à coordenação da UPA, sendo uma estratégia importante no fortalecimento dessa relação entre os trabalhadores e os seus chefes.

A comunicação funcionará melhor na medida que essa aproximação promova um clima de confiança entre administradores e subordinados, permitindo melhor acompanhamento e compreensão entre estes. (CHIAVENATO, 2014a).

Outras pesquisas também apontaram resultados semelhantes, com pontuação baixa nesse domínio. (TONDO; GUIRARDELLO, 2017; ALZHRANI; ABDEL-LATIF; JONES, 2018; MARINHO; RADÜNZ; BARBOSA, 2014). Isso mostra que a gerência, em diferentes cenários de assistência à saúde, é percebida como fator contribuinte a uma cultura de segurança desfavorável à segurança do paciente.

Outro ponto associado ao problema de comunicação no cenário estudado é a falta de padronização dos processos de trabalho, carecendo de fluxos e rotinas pré-estabelecidos, favorecendo a realização de uma mesma atividade de formas distintas.

Assim, as condutas profissionais dependem do desempenho de cada um ou então do plantão ao qual pertence, uma mesma atividade segue um fluxo em um turno e em outro turno segue um fluxo diferente, como, por exemplo, o rodízio dos profissionais de enfermagem nos setores da UPA, que não ocorre em todas equipes. Fatos como esses geram comparações, provocando conflitos entre equipes e profissionais.

Portanto, os conflitos não são originados somente de problemas individuais, entre duas pessoas ou mais, como, por exemplo, o não cumprimento do horário de trabalho, mas podem ser consequências de processos organizacionais frágeis.

Conflitos como esses foram relatados também no estudo de Amestoy et al. (2016), no qual alguns profissionais entrevistados apontaram que o não seguimento de normas e regras de trabalho são geradores de conflitos entre equipes e no interior destas. Diante disso, os autores reiteraram que “as regras institucionais buscam organizar e facilitar o processo de trabalho dos enfermeiros e demais profissionais da saúde”, mas a participação dos trabalhadores é importante, a fim de os valorizar e corresponsabilizar pelas decisões e implementação das ações. (AMESTOY et al., 2016, p. 265).

Diversos fatores podem desencadear conflitos na equipe de enfermagem: falta de responsabilidade e compromisso no trabalho, falta de cooperação, falta de motivação e desvalorização, falta de informação e diálogo entre os profissionais, fofoca, escalas de serviço e escassez de recursos humanos e materiais. (SPAGNOL et al., 2010).

Além de estratégias utilizadas pelas lideranças na resolução de conflitos pontuais, a padronização de rotinas e fluxos, bem como de diretrizes de RH, como estratégias de gestão, poderão auxiliar na minimização de ocorrência de conflitos, uma vez que quando os profissionais seguem uma mesma forma de fazer, isso diminui as chances de se sentirem desconfortáveis ou injustiçados porque seu colega fez diferente ou não fez conforme deveria ser feito. Os desvios às normas estabelecidas também serão assunto para discussão de propostas de diretrizes de RH, como *feedback* contínuo e avaliações de desempenho.

O ambiente das UPA, como dito anteriormente, é geralmente estressante, muitas vezes funcionando acima da sua capacidade de atendimento. Somado a isso, tem-se a falta de padronização de atendimento (OLIVEIRA et al., 2015), tornando a segurança do paciente comprometida nesses locais.

Corroborando, a pesquisa de Macedo e Cauduro (2017) apontou que a equipe de enfermagem da UPA estudada considerou que o ambiente de trabalho apresentava condições desfavoráveis ao desenvolvimento da assistência, tanto para o desenvolvimento do cuidado em si quanto para a organização de atividades privativas do Enfermeiro, condições estas que prejudicam a qualidade assistencial.

Já o estudo de Paixão et al. (2018) evidenciou que as UPA possuem diversas fragilidades relacionadas à segurança do paciente no processo de trabalho, destacando a não adesão aos protocolos básicos elaborados pelo MS.

Quanto ao ambiente de trabalho estressante e à carga de trabalho excessiva como fonte geradora de falhas, uma revisão integrativa concluiu que essas condições contribuem para *burnout* e estresse nos profissionais de enfermagem, ficando mais vulneráveis a prestar uma assistência insegura. Esse estudo traz, como ações voltadas para a melhoria no ambiente de trabalho: maior suporte nas condições laborais; aspectos de gestão e profissionais, como o apoio a um comportamento organizacional voltado para a segurança do paciente; incentivo ao trabalho em equipe; melhor qualificação profissional; comunicação; e estratégias de *coping*¹³. (RODRIGUES; SANTOS; SOUSA, 2017).

Dados semelhantes foram encontrados em uma revisão sistemática, que apontou que a maioria dos estudos incluídos encontraram associação positiva entre bem estar pobre, caracterizado por depressão, ansiedade, má qualidade de vida e estresse, e *burnout* e segurança do paciente, com resultados de segurança do paciente ruins, sugerindo que as organizações forneçam um ambiente de trabalho que promova o bem estar dos profissionais. (HALL, et al., 2016).

O estudo realizado com diferentes categorias profissionais de um serviço de emergência espanhol mostrou que a maioria dos participantes possuía níveis alto a moderado de estresse, relacionados principalmente à falta de oportunidades de promoção profissional e à responsabilidade de tomar decisões que impactam no bem-estar de outros. Os enfermeiros foram uma das categorias com maiores níveis de estresse. (BARONA, et al., 2016).

Assim, é evidente que o esgotamento físico e mental dos profissionais de saúde prejudica o seu rendimento no trabalho, tornando-os suscetíveis a cometerem falhas, comprometendo a assistência segura, principalmente em serviços de emergência, nos quais os profissionais estão sujeitos à imprevisibilidade, tanto de quantidade de pacientes, podendo ultrapassar a capacidade de atendimento, quanto a gravidade dos mesmos, exigindo, desta maneira, alta capacidade dos profissionais de adaptação às mudanças de cenário durante um dia de trabalho para que possam executar uma assistência segura e de qualidade.

Nota-se, porém, que a literatura aponta a necessidade de desenvolver estratégias organizacionais, com medidas tanto gerenciais como assistenciais que

¹³ “Conjunto das estratégias utilizada das pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas”. (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998, p. 274).

impactem em mudanças de comportamento e atitudes dos profissionais gerando, assim, uma verdadeira transformação da prática.

Apesar das dificuldades intrínsecas a um serviço de emergência, ações voltadas a processos clínicos e de gestão podem afetar positivamente a segurança dos pacientes nesses cenários, como sugeridas nas propostas dos Enfermeiros, por modificarem o ambiente de trabalho, ao promoverem mudança na CO.

Nesse esforço de mudar a prática para melhorar a segurança do paciente, a padronização de processos de trabalho e implementação de diretrizes de RH permitirá uniformizar as práticas tanto assistenciais como administrativas, pois a falta de padronização no atendimento permite que profissionais diferentes conduzam atendimentos de formas distintas, o que pode levar a um comprometimento da assistência prestada. Padrão “é um nível de excelência previamente determinado que funciona como guia para a prática”. (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Pena e Melleiro (2017, p. 5300) apontam como uma das causas raízes de EA no local estudado a “ausência de padronização de condutas no processo de transição do cuidado; ausência/fragilidade de descrição do processo de trabalho e orientações de prevenção e dificuldade de acesso a normas e procedimentos operacionais descritos”. Esse resultado reforça que há a necessidade da organização do processo de trabalho por meio de diretrizes previamente estabelecidas e descritas, mostrando que, para alcançar melhores resultados na segurança do paciente, não é necessário o dispêndio de grandes investimentos financeiros.

Nesta pesquisa os Enfermeiros apontaram necessidades de melhorias em alguns formulários utilizados, como a prescrição médica de medicamentos, passagem de plantão e balanço hídrico da sala de emergência.

O estudo realizado em uma UPA por Santos, Rocha e Sampaio (2019) mostrou que incidentes com medicação estavam relacionados, não só a falhas individuais, mas também aos processos organizacionais, como o número elevado de atendimentos e procedimentos realizados, assim como a ilegibilidade da prescrição e a falta de itens necessários nesta. A prescrição verbal também foi apontada como fator contribuinte para ocorrência de incidentes.

Assim como nesta pesquisa, esse último estudo citado também buscou junto aos profissionais propostas de intervenção para minimizar as causas de problemas com medicamentos e, dentre as ações propostas, foram sugeridas medidas de reorganização de processos de trabalho e práticas profissionais, como a elaboração

de protocolos institucionais e educação em serviço (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019), corroborando com nossos achados.

Em um estudo observacional retrospectivo de relatórios de análise de causa raiz em uma UTI, erros de medicação foram a segunda maior causa de EA, tendo como principais causas problemas com protocolos e processos de tratamento. Dentre as recomendações para melhoria, a padronização do processo de atendimento, a implementação de programas de treinamento de equipe e o treinamento baseado em simulação foram sugeridas. (CORWIN et al., 2017).

Falhas documentais podem ser fontes de erros relacionados à administração de medicamentos e contribuem substancialmente para EA associados a medicação, incluindo erros de via, de paciente, de dose e de medicamento. (GOMES, et al., 2016).

A falta de padrão de diluição e a ausência de indicação de velocidade de gotejamento são situações apontadas pelos Enfermeiros durante uma das oficinas, e que exemplificam o problema com a prescrição médica de medicamentos na UPA estudada.

A ausência de dados importantes, como os citados, favorece a ocorrência de erros no processo de administração de medicamentos, uma vez que fica a cargo do profissional de enfermagem que administra a medicação decidir qual será o volume final de infusão de determinada medicação, assim como em qual velocidade será infundida.

Dessa forma, uma mesma medicação poderá ser administrada de diferentes formas dependendo de quem a administra e, por exemplo, pacientes com restrições de líquidos poderão receber sobrecargas de volume, colocando-os sob riscos desnecessários, bem como essas quantidades de diluentes utilizados não são contabilizados no montante final do controle hídrico do paciente, uma vez que não estão prescritos.

Situação similar foi encontrada no estudo de Pena e Melleiro (2017) em que falhas nas prescrições, que levaram à dificuldade de entendimento pelos profissionais de enfermagem e farmácia, ocasionaram erros de dispensação, diluição e administração de medicamentos, sendo a segunda maior causa de flebite. Mesmo com sistema informatizado de prescrição medicamentosa, falhas acontecem, como a prescrição de dose, via e diluição erradas, pela seleção do item errado por parte do prescritor, que não confere a prescrição antes ou após esta ser impressa. (PENA; MELLEIRO, 2017).

Além do problema com a prescrição médica, a passagem de plantão também foi apontada como falha.

A pesquisa realizada por Corpolato et al. (2019, p. 99) revelou que os enfermeiros entrevistados consideram a passagem de plantão “um meio para o planejamento da assistência, continuidade do cuidado e para a organização do trabalho”. As pesquisadoras acreditam que a sistematização dos processos de trabalho da enfermagem, como, por exemplo, a padronização da passagem de plantão, auxilia na resolução de problemas e riscos relacionados à falta de comunicação.

A prescrição médica e a passagem de plantão são somente dois itens a serem trabalhados pela CM. São exemplos dos problemas advindos de processos falhos dentro da UPA e, assim como estes, outros devem ser repensados e adequados para que, então, os profissionais possam executar as suas atividades seguindo um mesmo padrão, o qual deverá alinhar as melhores evidências disponíveis e a realidade local.

Padronizar processos de trabalho e a gestão de pessoas possibilitará dizer aos profissionais como deverão proceder nas diferentes situações de trabalho, o que resulta em um padrão de comportamento e atitudes a ser seguido, baseado na normalização vigente que, por sua vez, deverá ser fundamentada nas melhores evidências científicas disponíveis e em consenso com os profissionais. Além disso, propicia que a equipe detecte com mais facilidade um desvio da norma e leve preocupações a liderança em relação a uma potencial violação de segurança. (SIEWERT; HOCHMAN, 2015).

Neste sentido, ferramentas de comunicação, como a *SBAR (situation, background, assessment and recommendation)* podem auxiliar na padronização da comunicação, possuindo evidências moderadas na melhoria na segurança do paciente, principalmente para estruturar a comunicação pelo telefone. (MUELLER et al., 2018).

Assim, as organizações de saúde devem buscar a capacidade de antecipar e adaptar-se dinamicamente ao risco, baseando-se em relatos consistentes de questões de segurança, não apenas episódios de danos reais ao paciente, mas também riscos potenciais percebidos, resultados ruins que ocorrem mesmo quando os protocolos foram seguidos e episódios de improvisação, quando diretrizes formais são consideradas inexistentes. (SIEWERT; HOCHMAN, 2015).

Portanto, a notificação de EA e *near miss* deve ser encorajada. Porém, para que isso ocorra, é necessário que a cultura de segurança seja estimulada, deixando-se de lado uma cultura punitiva, que desestimula os profissionais a notificarem e assim sustenta situações que culminam no erro, pois as falhas de processos continuarão a acontecer se ninguém as comunicar.

Os dados obtidos pela pesquisa de Françolin et al. (2015) complementam isso, pois 90% dos enfermeiros concordaram que há medo das consequências da notificação por parte da equipe, mas concordavam que a discussão dos erros levaria a mudanças positivas.

Em outro estudo, que avaliou a cultura de segurança em diversos hospitais iranianos, as dimensões “feedback e comunicação sobre erros, abertura de comunicação, pessoal e resposta não punitiva ao erro, mostraram-se pontos fracos (RAEISSI; REISI; NASIRIPOUR, 2018), sendo resultados semelhantes a esta pesquisa.

Os erros relacionados à assistência, além de terem os pacientes como suas vítimas podem gerar uma segunda vítima, o profissional envolvido no erro, pois acaba gerando, neste, sofrimento psicológico, físico e profissional, levando a um maior comprometimento da segurança do paciente. (QUILLIVAN et al., 2016).

O estudo de Quillivan et al. (2016) mostrou que respostas não punitivas ao erro tiveram correlação significativa com a redução do sofrimento psíquico e físico e melhora da eficácia profissional, assim como o suporte organizacional ao profissional reduz sua angústia.

Desta forma, fica claro o quão a cultura punitiva prejudica o desenvolvimento da cultura de segurança, pois intimida os profissionais, que associada a falta de apoio organizacional, desperta o sentimento de medo, impedindo oportunidades de aprendizagem mediante erros, consolidando um ambiente inseguro, levando a um ciclo vicioso, no qual o profissional que erra é culpado, punido, sofrendo com o sentimento de culpa, vergonha, incapacidade, e assim torna-se suscetível a mais ocorrência de falhas.

Para alcançar uma CS é necessário combater a cultura que busca encontrar culpados como respostas aos EA e buscar explicações para o que aconteceu e por que aconteceu, sendo que atos de negligência, imprudência ou imperícia também poderão fazer parte, muitas vezes, como causa dos eventos, porém não podem ser vistos sempre como únicos causadores. (BARROS; FELIX, 2019).

Portanto, a implantação de notificação de EA e *near miss* como proposta de melhoria para segurança do paciente na UPA vai de encontro à literatura, pois possibilitará a avaliação dos novos fluxos e rotinas que serão implementados, bem como a readequação dos mesmos, servindo de indicador nesse processo de mudança.

Assim como nesta pesquisa, o estudo realizado por Minuzzi et al. (2016) também elencou propostas de melhoria na segurança do paciente e os resultados foram semelhantes, com sugestões de treinamentos e implementação de protocolos, visando à padronização da assistência.

A implantação de ações de educação permanente visa não só uniformizar o conhecimento e as práticas assistenciais entre os profissionais mas também facilitar a implantação dos novos processos de trabalho que a CM proporá.

Desse modo, à medida que novos fluxos e rotinas de trabalho são implementados, as ações de educação permanente, como treinamentos, capacitações, aulas, palestras etc, serão realizadas para facilitar a implementação daqueles, bem como sustentar as mudanças propostas pela CM.

A revisão integrativa realizada por Siman, Cunha e Brito (2017) encontrou resultados semelhantes a esta pesquisa, apontando que, para alcançar um ambiente assistencial seguro, é preciso realizar educação permanente e melhoria da comunicação.

As ações de educação permanente também foram reconhecidas por profissionais em outro estudo (Wegner et al., 2016) como sendo importantes para o desenvolvimento de uma CS, sendo que os autores sugeriram como uma das estratégias de melhoria a educação permanente como forma de inserção do tema segurança do paciente no cotidiano profissional, com rodas de conversa que permitam o compartilhamento de experiências e incentivem a reflexão da prática e de condutas.

Ações educativas para os profissionais de saúde produzem resultados satisfatórios na segurança do paciente, como o apresentado no estudo feito por Hemesath et al. (2015). Esse estudo apontou que, após a implementação de diferentes ações educativas em um hospital, houve aumento à adesão ao processo de identificação do paciente por parte dos profissionais de saúde, sendo que a meta de 80% de adesão foi superada após a realização de todas as ações. (HEMESATH et al. 2015).

Durante o processo de acreditação hospitalar em uma instituição pesquisada por Domingues e Martinez (2017) os profissionais entrevistados consideraram que a educação permanente contribuiu para efetivação do processo, pois os conscientizou sobre a importância dele, os mobilizando a agirem no cotidiano do trabalho em prol da segurança do paciente.

Dessa maneira, ações de educação permanente podem apoiar o desenvolvimento de um ambiente assistencial seguro, desde a sensibilização dos profissionais sobre a temática até a implementação de protocolos clínicos e institucionais, assim como a manutenção das mudanças implementadas pelas intervenções de melhoria.

O segundo problema trabalhado nas oficinas de planejamento de intervenções de melhoria da segurança do paciente foi o número insuficiente de profissionais. Porém, como a contratação de novos profissionais não depende dos Enfermeiros participantes, eles sugeriram a criação de indicadores que mostrem para a gestão municipal a necessidade de aumento do quadro de pessoal de enfermagem na unidade.

O número insuficiente de profissionais de enfermagem foi o principal motivo relacionado à omissão de cuidado de enfermagem em um estudo, seguido de aumento inesperado no volume de pacientes e/ou carga de trabalho no serviço. (HERNÁNDEZ-CRUZ et al., 2017).

Em contrapartida, um aumento no número de profissionais de enfermagem resulta em melhores resultados de indicadores gerenciais e assistenciais, como diminuição de atestados e horas extras, redução de lesões por pressão, quedas e infecções por cateter vesical de demora, mostrando melhora na qualidade assistencial, bem como satisfação e retenção dos profissionais em seus locais de trabalho. (QUADROS et al., 2016).

O adequado dimensionamento de pessoal de enfermagem também está associado à mortalidade durante internação hospitalar, com um aumento de 3% desse risco quando o número de Enfermeiros está abaixo do necessário, como concluiu um estudo retrospectivo observacional longitudinal realizado em um hospital inglês. Entretanto, esse risco também é aumentado quando se tem um número de auxiliares de enfermagem acima do recomendado. (GRIFFITHS et al., 2018).

Calcular o dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem é possível na realidade estudada, conforme realizado no estudo conduzido por Paixão et al.

(2015), no qual utilizaram o SCP de Fugulin, que possibilitou o cálculo para o adequado dimensionamento, concluindo que havia um déficit de enfermeiros na sala de emergência. Esse estudo mostrou também que a maioria dos pacientes encontrava-se em cuidados intensivos e semi-intensivos, indicando que o perfil de clientela atendida é semelhante ao de uma UTI. (PAIXÃO et al., 2018).

A classificação de pacientes, além de fornecer dados para o cálculo de dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem, fornecerá também indicadores para a melhor sistematização da assistência de enfermagem, pois subsidia a avaliação de quais são os cuidados necessários, configurando-se como ferramenta de gestão e assistencial que, ao utilizar uma linguagem uniforme, auxilia na reestruturação e adequação dos recursos institucionais. (SILVA; ECHER; MAGALHÃES, 2016).

Diante do exposto, temos que a melhoria da segurança do paciente na UPA depende da execução de um conjunto de ações, inter-relacionadas e interdependentes, a serem desenvolvidas por atores sociais. Ou seja, não será uma medida realizada pela gerência local que resultará em mudanças, mas sim um conjunto de medidas pensadas por diferentes profissionais com suas diferentes perspectivas, que de mero expectadores passarão a ser agentes ativos de mudança.

O detalhamento das ações trazido nos planos de ação propostos foi elaborado utilizando-se a lógica do PES, baseando-se no Triângulo de Governo, para buscar a viabilidade das ações.

A participação dos vários atores sociais possibilitará, não somente mais assertividade nos resultados almejados, trazendo “conhecimento e especialidade técnica para em conjunto solucionar problemas complexos” (CHIAVENATO, 2014a, p.337), como também favorecerá maior apoio destes na concretização das mudanças a serem alcançadas, promovendo maior força para quem as planejou.

A inserção de diferentes categorias profissionais e níveis hierárquicos melhorará a capacidade de ação, ou de governar, conforme conceitua o PES, ao articular diferentes tipos de poder, pois cada um possui influências distintas, seja em âmbito técnico ou político, como, por exemplo, as lideranças informais, controlando recursos necessários à implantação do planejamento e dando base para a governabilidade do projeto.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos com a aplicação do SAQ permitiram um panorama geral dos problemas relacionados à segurança do paciente na UPA. A CS mostra-se desfavorável ao desenvolvimento da segurança do paciente na percepção dos Enfermeiros, sendo os domínios avaliados mais negativamente relacionados à gestão, tanto relacionada à secretaria de saúde quanto à coordenação da UPA; e de condições de trabalho, apontando as maiores fragilidades a serem melhoradas.

Os principais problemas escolhidos pelos Enfermeiros, comunicação e número insuficiente de profissionais, bem como as propostas sugeridas para melhoria, apontam o caráter organizacional envolvido nas questões de segurança do paciente na UPA, mostrando a importância do gerenciamento e contribuindo com este.

A criação da CM permitirá a participação ativa dos servidores nas mudanças planejadas, que serão mais assertivas, por conhecerem melhor os problemas, pois são eles que os vivenciam na prática. Além disso, a CM melhorará o comprometimento dos trabalhadores com a instituição, uma vez que estarão envolvidos nas mudanças, bem como os aproximará da gerência da unidade, desenvolvendo a confiança mútua e fortalecendo o relacionamento entre subordinados e chefes.

A padronização de fluxos e rotinas e a criação de diretrizes de RH facilitará a organização do processo de trabalho, bem como da gestão de pessoas, fazendo com que as pessoas sigam um mesmo padrão de condutas profissionais, moldando o estilo de trabalhar e, com isso minimizará comportamentos desfavoráveis à segurança do paciente. Além disso, diminuirá o retrabalho e as interrupções, otimizando o tempo e reduzindo conflitos.

As ações propostas para que se consiga o dimensionamento adequado da equipe de enfermagem permitirá o levantamento de dados que possibilitarão o cálculo de pessoal de enfermagem no setor de internamento da UPA, subsidiando a sistematização da assistência de enfermagem e, mais uma vez, realizado com a participação dos Enfermeiros.

As oficinas permitiram a construção de propostas de melhoria na segurança do paciente na UPA com a participação dos enfermeiros da unidade, mas, além dessa construção, permitiram a sensibilização desses profissionais, pois os fez identificar problemas relacionados à segurança do paciente e refletir no impacto desses problemas na assistência prestada e consequentemente na saúde dos pacientes.

Enquanto sensibiliza, o planejamento das intervenções possibilita o empoderamento dos enfermeiros como agentes de mudança de sua própria realidade, os responsabilizando pela transformação de seu processo assistencial e assim os valorizando.

A etapa qualitativa desta pesquisa mostrou-se um desafio. A participação de um reduzido número de enfermeiros durante todas as oficinas apresentou-se como uma dificuldade. A distância da unidade para a grande maioria dos enfermeiros é grande e se constituiu como um dificultador para a sua presença nas oficinas. Além disso, a dinâmica de um serviço de emergência também foi desfavorável, pois como o Enfermeiro iria se ausentar se acabara de chegar um paciente em parada cardiorrespiratória?

Mas, com a ajuda dos próprios colegas em sugerir estratégias, as oficinas foram desenvolvidas. Mesmo diante das dificuldades, os trabalhos foram enriquecedores, pois possibilitaram momentos de troca com os participantes, que se mostraram interessados nas discussões, contribuíram de forma ímpar nos resultados e, conseqüentemente, na segurança do paciente no cenário de prática.

Destaca-se a relevância da negociação com os enfermeiros para o desenvolvimento das etapas da PCA, especialmente no tocante a viabilidade da coleta de dados, bem como no incentivo à participação e o comprometimento dos participantes com a pesquisa.

Ações de melhoria devem ser planejadas pela gestão desses serviços, em busca de diminuir as lacunas existentes. Para isso, é necessária a busca por identificar quais são os reais problemas que dificultam o desenvolvimento de um ambiente seguro e, assim, intervir neles, pois agindo sob um diagnóstico previamente identificado a chance de sucesso das melhorias implantadas tende a ser maior.

Dentre as limitações deste estudo está a especificidade local e o pequeno tamanho da amostra. Portanto, os resultados não são generalizáveis e servem apenas ao contexto no qual a pesquisa foi desenvolvida.

Embora o número de participantes tenha sido pequeno e limitado a uma categoria, os resultados obtidos oferecem subsídios à gerência da unidade para um planejamento de intervenções com ações mais assertivas, uma vez que fundamentar-se-á em um diagnóstico prévio.

O referencial metodológico, a PCA e os conceitos do PES permitiram o alcance dos objetivos de pesquisa, pois possibilitaram aos Enfermeiros serem os agentes de

mudança de sua própria realidade, enfrentando problemas e sustentando teoricamente a sua prática profissional e valorizando o seu processo de trabalho.

Sugere-se a continuidade desta pesquisa com a implementação das ações planejadas e do impacto dessas no cenário de estudo. Além disso, sugere-se que investigações futuras incluam a equipe multiprofissional, a fim de ampliar a compreensão da cultura e demais questões atinentes à segurança do paciente na UPA.

REFERÊNCIAS

ALSHYYAB, M.A. et al. Developing a conceptual framework for patient safety culture in emergency department: A review of the literature. **The International Journal of Health Planning and Management**, n.34, p.42-55, 2019. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hpm.2640> >. Acesso em: 14 jun. 2019.

ALVES, V.L.S. **Gestão da Qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2012.

ALZHRANI, N.; ABDEL-LATIF, M.E.; JONES, R. Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals. **BMC Health Services Research**, Londres, v.18, n.1, 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/327877248_Attitudes_of_doctors_and_nurses_toward_patient_safety_within_emergency_departments_of_two_Saudi_Arabian_hospitals>. Acesso em: 26 fev. 2019.

AMESTOY, S.C. et al. Percepção de enfermeiros-líderes sobre o gerenciamento de conflitos no ambiente hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.6, n.2, p.259-269, 2016. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18167> >. Acesso em 05 jun. 2019.

ANDRADE, L.E.L. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p.161-172, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0161.pdf> >. Acesso em 27 jun. 2018.

ANGELIM, R.C.M.; ROCHA, G.S.A. Produção científica acerca das condições de trabalho da enfermagem em serviços de urgência e emergência. **Revista Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.3845-3859, 2016. Disponível em: < https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/4473/pdf_1800 >. Acesso em 18 abr. 2018.

ANTONIAZZI, A.S.; DELL'AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de psicologia**, Campinas, v.3, n.2, p.273-294, 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2> >. Acesso em 04 jun. 2019.

ARASZEWSKI, D. et al. O exercício da liderança sob a ótica de enfermeiros de pronto socorro. **Cogitare**, Curitiba, v.19, n.1, p.41-47, 2014. Disponível em: < <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v19n1/06.pdf> >. Acesso em 03 jul. 2019.

BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K.O. Ambiente de trabalho e a liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.48, n.5, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-938.pdf >. Acesso em 18 abr. 2018.

BARONA, E.G. Estrés laboral e inteligencia emocional en el servicio de urgencias y emergencias 112. **Emergencias**, Madri, v. 28, n.5, p.355, 2016. Disponível em: <<http://emergencias.portalsemes.org/descargar/estrs-laboral-e-inteligencia-emocional-en-el-servicio-de-urgencias-y-emergencias-112/>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

BARROS, C.G.; FELIX, T.G. Cultura de Segurança. In: BOPSIN, P.S.; RIBAS, E.O.; SILVA, D.M. **Guia prático para a segurança do paciente**. Porto Alegre: Moriá, 2019. p.83-92.

BERMAN-KISHONY, T.; SHVARTS, S. Universal versus tailored solutions for alleviating disruptive behavior in hospitals. **Israel Journal of Health Policy Research**, v.4, n.26, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26331005>>. Acesso em: 03 jan. 2019.

BERRY, J.C. et al. Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. **Journal of Patient Safety**, volume published ahead of print - issue, 2016. Disponível em: < https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/publishahead/Improved_Safety_Culture_and_Teamwork_Climate_Are.99618.aspx >. Acesso em: 15 jan 2019.

BRASAITÉ, I.; KAUNONEN, M.; SUOMINEN, T. Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic literature review. **Scandinavian Journal of Caring Science**, v. 29, n. 1, 2015. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12136> >. Acesso em: 15 jan 2019.

BRASIL. ANVISA. **Gestão de Riscos e investigação de Eventos Adversos**. Brasília: ANVISA, 2017.

_____. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: ANVISA, 2013a. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em 02 abr. 2017.

_____. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: ANVISA, 2016. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em 02 abr. 2017.

_____. Boletins Informativos. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. 2011b. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/01-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude>>. Acesso em 02/04/2017.

_____. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: < [http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gestão+de+Riscos+e+Investigação+de+Eventos+Adversos+Relacionados+à+Assistência+à+Saúde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%ancia+%C3%A0+Sa%C3%92de/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57) >. Acesso em 01 set. 2018.

BRASIL. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em 12 jul. 2018.

_____. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/modulo6.pdf>. Acesso em 02 abr. 2017.

_____. **Lei 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n.1, 26 jun. 1986, Seção 1, p.9273-9275. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em 11/06/2018.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Documento Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: ANVISA, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em 02 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf>. Acesso em 12 jul. 2018.

_____. **O papel das UPA na rede de atenção às urgências**. 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/454-sas-raiz/dab/upa/l1-upa/9667-documento-prioritario>>. Acesso em 03 set. 2015.

_____. Portaria 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 02 abr. 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 02 abr. 2017.

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 08 jul. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em 04 abr. 2018.

BRASIL. Portaria nº 10, 03 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente

da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 04 jan. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html>. Acesso em 14 mai. 2018.

_____. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 06 out. 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em 04 abr. 2018.

_____. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em 04 abr. 2018.

_____. Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 03 dez. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2922_02_12_2008_comp.html>. Acesso em 04/04/2018.

_____. RDC n. 36 de 22 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, Brasília, DF, p. 33-34, 26 jul. 2013b. Legislação Federal e marginalia. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 02 abr. 2017.

BURSTROM, L. et al. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. **BMC Health Serv Res**, v. 14, p. 296, 2014.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em 10 jul. 2019.

CAMPEBELL, N.C. et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. **BMJ**, Londres, v.334, n. 7591, p.455-459, 2007.

CAMPIONE, J.; FAMOLARO, T. Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v.44, n.1, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1553725017304439>>. Acesso em 14 mar. 2019.

CARTER, E.J; BOLSA, S.M.; LARSON, E.L. The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review. **Journal of Nursing Scholarship**, v.46, n.2, 2014. Disponível em: < <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jnu.12055> >. Acesso em 14 mar. 2019.

CARVALHO, R.E.F.L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil** – Questionário de Atitudes de Segurança. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2011. São Paulo. 2012. 173p.

CAZAGRANDE, G.S; PONTES, A.T. Aplicação do Planejamento Estratégico Situacional na Central de Abastecimento Farmacêutico de um Hospital Público de Médio Porte. **Sistemas e Gestão**, Niterói, v.13, n.1, p.25-35, 2018. Disponível em: < <http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/view/1120/828> >. Acesso em 09 out. 2018.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. Pearson Prentice Hall, 2006.

CHIAVENATO, I. **Administração Geral e Pública**: teoria e mais de 500 questões com gabarito. 4 ed. Barueri: Manole, 2016.

_____. **Comportamento Organizacional**: a dinâmica no sucesso das organizações. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014a.

_____. **Gestão de Pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 4 ed. Barueri: Manole, 2014c.

_____. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 9 ed. Barueri: Manole, 2014b.

CIAMPONE, M.H.T.; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. Planejamento e Processo Decisório como Instrumentos do trabalho gerencial. KURCGANT, P. In: **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

CLARO, C.M. et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.1, p167-72, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/23.pdf>>. Acesso em 16/04/18.

CBEN. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 70., 2018, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem, 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564 de 06 de dezembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, Brasília, DF, p. 157, dez. 2017. Legislação Federal e Jurisprudência. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em 01 mai. 2018.

COFEN. Resolução COFEN nº 543 de 19 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais que são realizadas atividades de enfermagem. **Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, Brasília, DF, p. 55, dez. 2017. Legislação Federal e Jurisprudência. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-543-2017-completa.pdf> >. Acesso em 05 jan. 2019.

CORPOLATO R.C. et al. Standardization of the duty shift in a General Adult Intensive Care Unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.72, suppl. 1, p.88-95, 2019. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0745> >. Acesso em: 29 mai. 2019.

CORWIN, G.S. et al. Root Cause Analysis of ICU Adverse Events in the Veterans Health Administration. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v.43, n.11, p.580-590, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.04.009> >. Acesso em: 29 mai. 2019.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa – métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAGNINO, R.P. **Planejamento Estratégico Governamental**. 3 Ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

DOMINGUES, A.L.; MARTINEZ, M.R. Educação permanente e acreditação hospitalar: um estudo de caso na visão da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v.11, supl.5, p.2208-2216, 2017. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23377> >. Acesso em 31 mai. 2019.

ERIKSSON, J. et al. Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. **Journal of Clinical Nursing**, v.27, 2017. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.14143> >. Acesso em 14 mar. 2019.

ESMAILIAN, M.; NASR-ESFAHANI, M.; BRAHIMI, AS. The Quality of Patients' Files Documentation in Emergency Department; a Cross Sectional Study. **Iranian Journal of Emergency Medicine**, v.1, n.1, p.16-21, 2014. Disponível em: < <http://journals.sbmu.ac.ir/en-iranjem/article/view/7179/6346> >. Acesso em: 14 jun. 2019.

FRANÇOLIN, L. et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.49, n.2, p. 277-283, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf >. Acesso em 22 jan. 2019.

GAUSVIK, C. et al. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4298312/#> >. Acesso em: 15 jan 2019.

GOMES, A.T.L. et al. Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente. **Cogitare**, Curitiba, v.21, n.3, p.1-11, 2016. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44472/pdf> >. Acesso em: 29 mai. 2019.

GOMES, H. O. **Trabalho e saúde das profissionais de Enfermagem em urgência e emergência**: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no município do Rio de Janeiro. 2014. 183 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/controle>>. Acesso em 16 abr. 2018.

GRIFFITHS, P. et al. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. **BMJ Quality & Safety**, 04 dez. 2018. Disponível em: < <https://qualitysafety.bmj.com/content/early/2018/11/25/bmjqs-2018-008043> >. Acesso em 04 jun. 2019.

GUTIÉRREZ UBEDA, S. R. É necessário fazer um esforço para substituir a cultura punitiva em favor da segurança do paciente? **Revista de Calidad Asistencial**, v.31, n.3, 173-176; 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X15001475?via%3Dihub>> Acesso em 21 ago. 2018.

HALL, L.H. et al. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. **Plos One**, Califórnia, v.11, n.7, 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4938539/> >. Acesso em: 26 fev. 2019.

HEMESATH, M.P. et al. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.36, n.4, p.43-48, 2015. Disponível em: < <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/54289/35660> >. Acesso em 31 mai. 2019.

HERNÁNDEZ-CRUZ, R. et al. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, n.e2877. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692017000100354&lng=pt&nrm=i&tlng=en >. Acesso em 03 jun. 2019.

HUERTAS, F. **Entrevista com Matus**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama**: São José dos Pinhais. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pr/sao-jose-dos-pinhais/panorama>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

IOM. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy of Press, novembro, 1999. Disponível em: <<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>>. Acesso em 02 abr. 2017.

JERICO, B.G; MAYER, D., MCDONALD, T. Disruptive behaviors in healthcare. **The internet Journal of Anesthesiology**, Cidade do México, v.28, n.2, 2011. Disponível em: <<http://ispub.com/IJA/28/2/12689>>. Acesso em: 22 dez. 2018.

JONES, A.; JOHNSTONE, M. J. Inattention blindness and failures to rescue the deteriorating patient in critical care, emergency and perioperative settings: Four case scenarios. **Australian Critical Care**, v.30, n.4, p.219-223, 2017. Disponível em: <[http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(16\)30112-6/fulltext](http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(16)30112-6/fulltext)>. Acesso em: 22 nov. 2017.

KÄLLBERG, A.N. et al. Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. **International Emergency Nursing**, v. 33, p. 14-19, jul. 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X16301148>>. Acesso em 14 mar. 2019.

KOCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011. Disponível em: <https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+Fundamentos+de+metodologia+cient%C3%ADfica:+uma+guia+para+a+inicia%C3%A7%C3%A3o+cient%C3%ADfica&author=BARROS+A.+J.+S.&author=LEHFELD+N.+S.&publication_year=2000>. Acesso em 03 mar. 2018.

KOLHS, M. et al. A enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer sofrimento. **Revista Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, p.422-431, 2017.

LIMA, C.A. et al. Qualidade dos prontos-socorros e pronto-atendimentos: satisfação dos usuários. **Einstein**, São Paulo, v.13, n.5, p.587-593, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/2015nahead/pt_1679-4508-eins-S1679-45082015GS3347.pdf>. Acesso em 08 abr. 2018.

MACEDO, S.M.K., CAUDURO, F.L.F. Avaliação do ambiente de trabalho entre profissionais de enfermagem em uma unidade de urgência e emergência. **Enfermería Global**, Murcia, v.17, n.50, 2018. Disponível em: <scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/pt_1695-6141-eg-17-50-361.pdf>. Acesso em: 16 jan 2019.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Tradução de: RAUCH, M.C.P.; CORDEIRO JR., W. 2 ed. Belo Horizonte: Folium, 2018. Manchester Risk Rating System.

MARINHO, M.M.; RADÜNZ, V.; BARBOSA, S.F.F. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 581-590, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00581.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e prática**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MARSHALL JR., I. et al. **Gestão da qualidade**. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 14 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993. v.1: Tomo I.

_____. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993. v.2: Tomo II.

MINUZZI, A.P. et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 121-129, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0121.pdf> >. Acesso em: 15 jan 2019.

MOREIRA, F.T.L.S. et al. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.40, n. esp., 2019. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180347.pdf> >. Acesso em 03 jun. 2019.

MUELLER, M. et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **BMJ Open**, v.8, n.8, 2018. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6112409/> >. Acesso em 14 out. 2019.

NUNEZ, G., et al. Results of provisional use of a system for voluntary anonymous reporting of incidents that threaten patient safety in the emergency medical services of Asturias. **Emergencias**, Madri, v.28, n.3, p.146-152, 2016. Disponível em: < <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/resultados-de-la-instauracin-provisional-de-un-sistema-voluntario-y-annimo-de-notificacin-de-incidentes-en-seguridad-del-paciente-en-el-samu-de-asturias/> >. Acesso em 14 mar. 2019.

O'CONNELL, K.J. et al. Incident Reporting to Improve Patient Safety: The Effects of Process Variance on Pediatric Patient Safety in the Emergency Department. **Pediatric Emergency Care**, v.34, n.4, 2018. Disponível em: < https://journals.lww.com/pec-online/Abstract/2018/04000/Incident_Reporting_to_Improve_Patient_Safety__The.3.aspx >. Acesso em: 14 jun. 2019.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 mar. 2015.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

OLIVEIRA, R.M. et al. Análise do conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.50, n.4, p.695-704, 2016.

OLIVEIRA, S.N. et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: Percepção da Enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n.1, p.338-344,

2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00238.pdf >. Acesso em 08 abr. 18.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**: Relatório Técnico Final. OMS, 2009. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf;jsessionid=ECF1B8C5A8FF4F00B8D67FF55B6EC275?sequence=4>. Acesso em 22 abr. 18.

PAIXÃO, D.P.S.S. et al. Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.71, supl.1, p. 622-629, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0577.pdf >. Acesso em: 16 jan 2019.

PALADINI, E.P. **Gestão Estratégica da Qualidade**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

PASCUCCI, L.; MEYER JR., V. Estratégia em Contextos Complexos e Pluralísticos. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p.536-555, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v17n5/v17n5a04.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

PENA, M.M.; MELLEIRO, M.M. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v.11, supl.12, 2017. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25092/25482> >. Acesso em: 29 mai. 2019.

PERROCA. M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.32, n.2, p. 153-68, ago. 1998. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/430.pdf> >. Acesso em 05 jan. 2019.

PORTER, M.F. **Snowball**: A language for stemming algorithms. 2001. Disponível em: < <http://snowball.tartarus.org/texts/introduction.html> >. Acesso em: 01 abr. 2019.

PUNINA, A.P.C. Medición de la cultura organizacional. **Ciencias administrativas**, Buenos Aires, v.4, n.8, p.61-73, dezembro, 2016. Disponível em: <<https://revistas.unlp.edu.ar/CADM/article/download/2637/2641/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

QUADROS, D.V. et al. Análise de indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.69, n.4, p. 638-643, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0684.pdf> >. Acesso em 03 jun. 2019.

QUILLIVAN, R.R. et al. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses. **The Joint Commission Journal on**

Quality and Patient Safety, v.42, n.8, p.377-386, 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5333492/> >. Acesso em: 22 jan. 2019.

R CORE TEAM. **R: A Language and Environment for Statistical Computing**. Tradução. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2018.

RAEISSI, P.; REISI, N.; NASIRIPOUR, A.A. Assessment of Patient Safety Culture in Iranian Academic Hospitals - Strengths and Weaknesses. **Journal of Patient Safety**, Filadélfia, v.14, n.4, p.213-226, 2018. Disponível em: < https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Citation/2018/12000/Assessment_of_Patient_Safety_Culture_in_Iranian.5.aspx >. Acesso em: 22 jan. 2019.

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado em saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, p.2029-2036, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018>. Acesso em: 10 abr. 2017.

RIGOBELLO, M. C. G. et al. The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. **International Emergency Nursing**, v. 33, p. 1-6, Jul 2017. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X16301033?via%3Dihub> >. Acesso em 25 out. 2018.

ROBBINS, S.P. **Fundamentos do Comportamento Organizacional**. 12 Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2015.

RODRIGUES, C.C.F.M.; SANTOS, V.E.P.; SOUSA, P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.70, n.5, p.1141-1147, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000501083&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 26 fev. 2019.

ROMANYCIA, M.H.J.; PELLETIER, F.J. What is a heuristic? **Computational Intelligence an international jornal**, v.1, n.1, 1985. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8640.1985.tb00058.x> >. Acesso em: 10 mai. 2019.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v.21, n.1, p.18–26, fev. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638755/pdf/mzn057.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

SANTOS, F. et al. Sistema de Classificação de Pacientes: Proposta de Complementação do Instrumento de Fugulin et al. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.5, set-out, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a14.pdf >. Acesso em 05 jan. 2019.

SANTOS, P.R.A.; ROCHA, F.L.R.; SAMPAIO, C.S.J.C. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.40, n. esp., 2019.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180347.pdf> >. Acesso em 03 jun. 2019.

SELEME, R.; STADLER, H. **Controle da Qualidade: as ferramentas essenciais**. Curitiba: IBPEX, 2008.

SEXTON, J.B. et al. Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. **BMJ Quality and Safety**, Londres, v. 27, n.4, p. 261-270, 2018. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5867443/> >. Acesso em: 25 fev. 2019.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. Tradução. [s.l.] McGraw-Hill São Paulo, 1975.

SIEWERT, B.; HOCHMAN, M.G. Improving Safety through Human Factors Engineering. **RadioGraphics**, v.35, n.6, 2015. Disponível em: < https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.2015150107?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed& >. Acesso em: 28 mai. 2019.

SILGE, J.; ROBINSON, D. **Text mining with R: A tidy approach**. Sebastopol: O'Reilly Media, 2017.

SILLER, J. et al. Shared Governance and Work Engagement in Emergency Nurses. **Journal of Emergency Nursing**, v.42, n.1, p.325-330, 2016. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176716000052?via%3Dihub> >. Acesso em 03 jul. 2019.

SILVA, K.S.; ECHER, I.C.; MAGALHÃES, A.M.M. Grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem: uma ferramenta de gestão. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, e20160060, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160060.pdf> >. Acesso em 04 jun. 2019.

SILVA, M.V.P.D.; CARVALHO, P.M.G.D. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v.9, n.1, 2016. Disponível em: < <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/500/0> >. Acesso em 25 out. 2018.

SIMAN, A.G.; CUNHA, S.G.S.; BRITO, M.J.M. Ações de enfermagem para segurança do paciente em hospitais: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v.11, supl.2, 2017. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13472/16175> >. Acesso em 31 mai. 2019.

SINGER, S.J. **O que aprendemos sobre a força das lideranças e da cultura na promoção de mudanças e melhoria da segurança do paciente**. Agency for Healthcare Research and Quality, 2013. Disponível em: <<https://proqualis.net/entrevista/o-que-aprendemos-sobre-for%C3%A7a-das->

lideran%C3%A7as-e-da-cultura-na-promo%C3%A7%C3%A3o-de-mudan%C3%A7as-e>. Acesso em 16 abr. 2018.

SPAGNOL, C.A. et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.3, p.803-811, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/36.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2019.

TONDO, J.C.A.; GUIRARDELLO, E.B. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.70, n.6, p.1284-1890, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1284.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

TORELLY, E.M.S.; MALTA, M.S; BAÍA, W.R.M. Riscos na assistência à saúde: como conhecer e o que fazer? In: BOPSIN, P.S.; RIBAS, E.O.; SILVA, D.M. **Guia prático para a segurança do paciente**. Porto Alegre: Moriá, 2019. p. 71-82.

TOURANI, S. et al. Analyzing and Prioritizing the Dimensions of Patient Safety Culture in Emergency Wards Using the TOPSIS Technique. **Global Journal of Health Science**, v.7, n.4, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4802136/>>. Acesso em: 16 jan 2019.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; DA SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial-Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRICARICO, P. et al. Professional attitudes toward incident reporting: can we measure and compare improvements in patient safety culture?. **International Journal of Quality in Health Care**, Oxford, v.29, n.2, p.243-249, 2017. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/29/2/243/2968009>>. Acesso em: 29 out 2018.

VANFOSSON, C.A.; JONES, T.L.; YODER, L.H. Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. **Revista Outlook Nursing**, v. 64, n.2, p.124-136, mar.-abr. 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655415003747?via%3Dihub>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

VRIES, E. M. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Quality and Safety in Health Care**, v.17, n.3, p.216-223, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/51396223_The_Incidence_and_Nature_of_In-Hospital_Adverse_Events_A_Systematic_Review>. Acesso em 20 mar. 2018.

WEGNER, W. et al. Educação para a cultura de segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, jul-set, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300212&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 abr. 2018.

WEI, E. et al. 145 Patient Safety Culture in the Emergency Department. **Annals of Emergency Medicine**, v. 66, n. 4, 2015. Disponível em: < <http://www.annemergmed.com/article/S0196064415007672/abstract> >. Acesso em 25 out. 2018.

WEIGL, M. et al. Work conditions, mental workload and patient care quality: a multisource study in the emergency department. **BMJ Quality and Safety**, v.25, n.7, 2016. Disponível em: < <https://qualitysafety.bmj.com/content/25/7/499> >. Acesso em: 14 jun. 2019.

WELLER, J., BOYD, M., CUMIN, D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. **Postgraduate Medical Journal**, v. 90, n.1061, 2014. Disponível em: < <https://pmj.bmj.com/content/90/1061/149.info> >. Acesso em: 15 jan 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Karla Crozeta Figueiredo e Carolina Poite de Siqueira Paris, professora e aluna do Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, Enfermeiro da Unidade de Pronto Atendimento Afonso Pena (UPA Afonso Pena) a participar de um estudo intitulado “Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado” com intuito de conhecer o cenário de assistência no tocante à segurança do paciente e orientar a tomada de decisão sobre a intervenção na segurança do paciente.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade dos serviços de saúde no que diz respeito à segurança do paciente e à gestão de riscos, e, planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder um questionário que avalia a cultura de segurança do paciente, durante seu horário de trabalho, em dia e local por você escolhido. Você poderá escolher se prefere preencher o instrumento ou que o pesquisador preencha sua resposta após ler cada um dos itens do formulário. O tempo máximo de duração previsto é de 1 (uma) hora. Na fase final do estudo, você será convidado a participar de uma reunião para apresentação dos resultados e planejamento das ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente.

c) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao número de questões ou ao tempo de preenchimento. Caso isso aconteça, você poderá recusar-se a participar da pesquisa e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, ou não responder a questão que lhe causar desconforto, ou solicitar pausas no preenchimento ou recusar-se a continuar preenchendo o formulário.

d) Além do constrangimento ou desconforto no preenchimento do questionário, não estão previstos riscos diretos, visto que não serão realizados procedimentos invasivos de qualquer natureza, que possam lhe causar dor ou outros riscos.

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são o planejamento de ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

f) A pesquisadora responsável pelo estudo pode ser localizada no seguinte endereço: Karla Crozeta Figueiredo, Departamento de Enfermagem, Av. Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, email: karlacrozeta@ufpr.br, telefone: 3361-3771, no horário das 08h às 17h, para esclarecer dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois do encerrado o estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Participante da Pesquisa ou Responsável Legal _____ [rubrica]

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____ [rubrica]

Orientador _____ [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
Rua Padre Camargo, 285 Altos Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. São elas: Gestores Municipais da Prefeitura de São José dos Pinhais, Diretores de Departamento da Prefeitura de São José dos Pinhais, Coordenadores e Supervisores da UPA Afonso Pena e equipe multiprofissional da UPA Afonso Pena. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

i) O material obtido – questionário e registros de reuniões – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído (picotado) ao término do estudo, dentro de do prazo de cinco anos.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, (impressão de questionários, uso de canetas, lápis, papel, pranchetas e tc) não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

k) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

l) Autorizo (), não autorizo (), o uso de minhas respostas preenchidas no questionário utilizado como instrumento na coleta de dados desta pesquisa, para fins da pesquisa.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

São José dos Pinhais, ____ de _____ de 20____

[Assinatura do Participante de Pesquisa]

Carolina Poite de Siqueira Paris (pesquisador que aplicou TCLE)

Participante da Pesquisa ou Responsável Legal _____ [rubrica]

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____ [rubrica]

Orientador _____ [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
Rua Padre Carraço, 282 bairro Alta da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-340 |
comitecausa@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

APÊNDICE 2 - Planejamento das Oficinas

O planejamento das oficinas iniciará com o consentimento da coordenação da unidade na realização das mesmas. Assim, a pesquisadora irá reunir-se com a coordenação da unidade para explicar a dinâmica das oficinas bem como as datas e horários idealizados. Será solicitado a autorização para uso de equipamentos e materiais da unidade (projektor, computador) bem como da sala da coordenação, por ser o local na unidade mais adequado para desenvolvimento das atividades previstas durante as oficinas.

Antes da 1ª oficina será criado um grupo no Whatsapp com todos Enfermeiros participantes. Uma semana antes da realização da 1ª oficina será enviado, por meio deste grupo, um convite para a oficina. Será enviada, junto com o convite, uma breve mensagem de explicação da oficina bem como da importância da participação de cada um. Desta forma, pretende-se sensibilizar os Enfermeiros incentivando-os a participarem das oficinas. Um dia antes da oficina será enviada uma mensagem neste grupo para reforçar o convite.

Diante disto cada oficina será realizada conforme quadro a seguir:

Quadro 1- Planejamento das oficinas

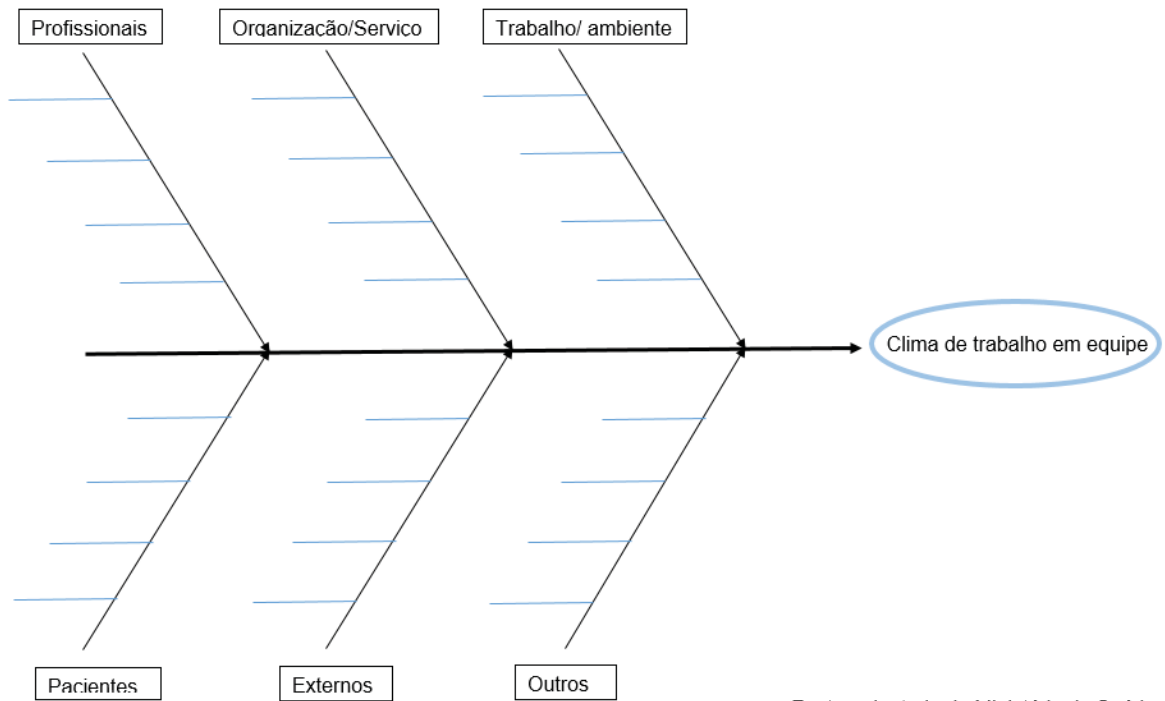
1ª OFICINA				
Item	Objetivo	Como	Material	Tempo aprox.
Organização da sala e material	-Separar material p/ cada participante -Otimizar tempo -Organizar ambiente -Checar pendências e/ou materiais/equipamentos faltantes/com defeito	-Disponibilizar cadeiras suficientes -Disponibilizar na mesa: post it, canetas, água - Colar cartaz com diagrama de Ishikawa -Montar espaço p/ colocar lanche pós oficina	-Post it coloridos -Canetas -Jarra com água -Copos descartáveis -Guardanapo	30 min
Agradecimento	-Agradecer a cada Enfermeiro pela participação na pesquisa -Valorizar a participação de cada Enfermeiro	-Fala - "Bilhete" individual de agradecimento	-Papel com agradecimento impresso -Gravador de áudio (aplicativo de celular)	3min

	-Solicitar permissão p/ gravação de áudio				
Apresentação dos resultados do SAQ	-Conhecer resultados obtidos com o SAQ -Compreender o que este resultado significa -Sensibilizar Enfermeiros para discussão	- Power Point/ folhas impressas do Power point (caso não tenha possibilidade de apresentar)	-Projeto -Computador (com cabos) -Extensão -Parede/tela p/ projeção -Apresentador de slides s/ fio -Papéis impressos	5 min	
Apresentação do planejamento das próximas oficinas	-Sensibilizar o profissional a participar das oficinas	-Power Point/ folhas impressas do Power point (caso não tenha possibilidade de apresentar)	-Projeto -Computador (com cabos) -Extensão -Parede/tela p/ projeção -Apresentador de slides s/ fio -Papéis impressos	10 min	
Definir o que será trabalhado nas próximas duas oficinas	-Escolher o que trabalhar nas oficinas de planejamento de intervenções -Incentivar participação no planejamento das intervenções -Escolher problemas reconhecidos pelo grupo como prioritários	-Power Point/ folhas impressas do Power point (caso não tenha possibilidade de apresentar)	Projeto -Computador (com cabos) -Extensão -Parede/tela p/ projeção -Apresentador de slides s/ fio -Papéis impressos	30	
Encerramento	-Finalizar oficina -Convidar p/ as próximas oficinas -Convidar p/ lanche	-Fala -Mostrar convite p/ próxima oficina	-Convite individual impresso -Lanche	2 min	
Tempo estimado total da oficina= 1h					
2ª e 3ª OFICINA					
Item	Objetivo	Como	Material	Tempo aprox.	
Identificação de causas	-Refletir e identificar as causas que levam ao problema	-Utilizar o diagrama de Ishikawa do cartaz	-Cartaz -Canetinha -post it	44min	

	-Elencar o que o grupo considera serem as causas do problema	-Incentivar os Enfermeiros, por meio de exemplos (estrutura conceitual da OMS), a pensarem, e discutirem sobre quais as causas do problema -Solicitar que coloquem no post it quais as causas que o grupo, em consenso, considera como causa dentro de cada categoria no diagrama -Colar post it no diagrama do cartaz -Identificar nós críticos -Identificar os pontos de ação que são de nossa governabilidade	-Canetas	
Propostas de intervenção	-Elencar ações que busquem solucionar os problemas escolhidos	-Propor ações que intervenham nos nós críticos -Analisar a viabilidade das operações planejadas, no qual deve-se responder se é possível colocar em prática o que foi idealizado e se realmente funcionará na realidade, com eficácia e se não será transitório	-Canetinha -papel -Canetas	44min
Encerramento	-Finalizar oficina -Convidar p/ as próximas oficinas -Convidar p/ lanche	-Fala -Mostrar convite p/ próxima oficina	-Convite individual impresso -Lanche	2 min
Tempo estimado total da oficina= 1h30min				
4ª OFICINA				
Item	Objetivo	Como	Material	Tempo aprox.
Apresentação e validação do plano de ação	-Explicar modelo de plano de ação 5w3h -Apresentar o plano de ação no modelo 5w3h -Validar plano de ação	-Explicar o modelo 5w3h por meio do modelo já impresso a cada Enfermeiro -Apresentar o plano de ação feito -Adequar as ações que o grupo identificar que não estão corretas -Alterar plano de ação conforme sugestão do grupo -Validar versão final do plano de ação	-Planilhas impressas com a ferramenta 5w3h -Canetas	1h
Encerramento	-Finalizar oficina -Agradecimento -Convidar p/ lanche	-Fala	-Lanche	2 min
Tempo estimado total da oficina= 1h02min				

APÊNDICE 3 – Exemplo de Diagrama de Ishikawa

Diagrama de Ishikawa (espinha de peixe) – **Dimensão 1:** Condições de trabalho em equipe



Fonte: adaptado de Ministério da Saúde, 2017

APÊNDICE 4 – APRESENTAÇÃO EM POWER POINT DA 1ª OFICINA

ENFERMAGEM 40 anos UFPR

UFPR 165 ANOS DE ORGULHO

GPPGPS

São José dos Pinhais
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria de Saúde

1ª OFICINA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

Enf. Mda. Carolina P. de Siqueira Paris

OBJETIVOS

- › Apresentar o objetivo da pesquisa
- › Apresentar os resultados do questionário
- › Apresentar planejamento das próximas oficinas
- › Identificar quais são as prioridades a serem trabalhadas

ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

OBJETIVO DA PESQUISA

- › De onde surgiu?
- › **Título:** Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente em uma Unidade de Pronto Atendimento
- › **Objetivos:**
 - Avaliar a cultura de segurança do paciente em uma Unidade de Pronto Atendimento.
 - Planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente em unidades de pronto Atendimento.

ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

SAQ: Safety Attitudes Questionnaire

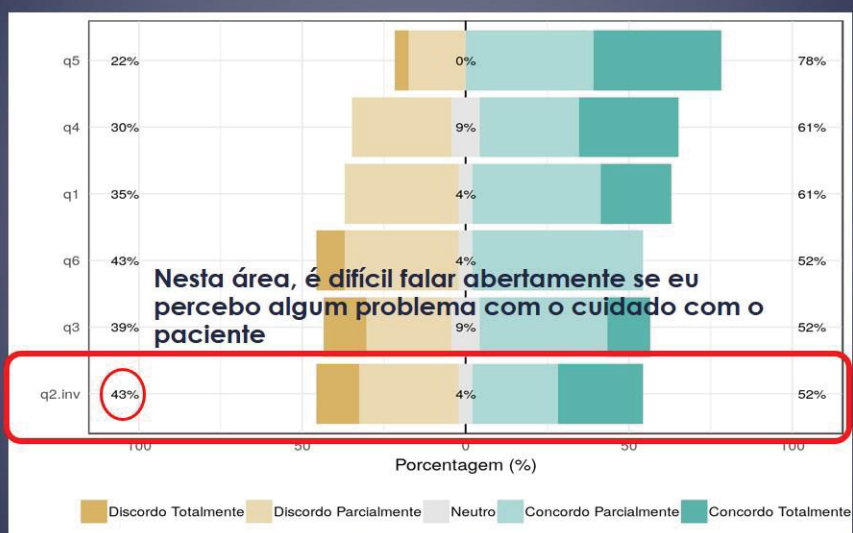
DOMÍNIO	QUESTÕES	DESCRIÇÃO	RESPOSTAS POSSÍVEIS(PONTUAÇÃO)
Clima de trabalho em equipe	1 a 6	Compreende a qualidade do relacionamento e a colaboração entre os membros de uma equipe	A) Discordo totalmente = 0 pontos; B) Discordo parcialmente = 25 pontos; C) Neutro = 50 pontos; D) Concordo parcialmente = 75 pontos; E) Concordo totalmente = 100 pontos; X) Não se aplica = não pontua
Clima de segurança	7 a 13	Avalia a percepção dos profissionais quanto ao comprometimento organizacional para a segurança do paciente	
Satisfação no Trabalho	15 a 19	É a visão positiva do local de trabalho	
Reconhecimento de Estresse	20 a 23	Trata do reconhecimento do quanto os fatores estressores influenciam na execução do trabalho	
Percepção da gestão da unidade e do hospital	24 a 29	Refere-se a aprovação das ações da gerência quanto as questões de segurança	
Condições de Trabalho	30 a 32	Refere-se a percepção da qualidade do ambiente de trabalho	
Não possui domínio	14 e 33 a 36	-	

ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

RESULTADO DE CADA QUESTÃO

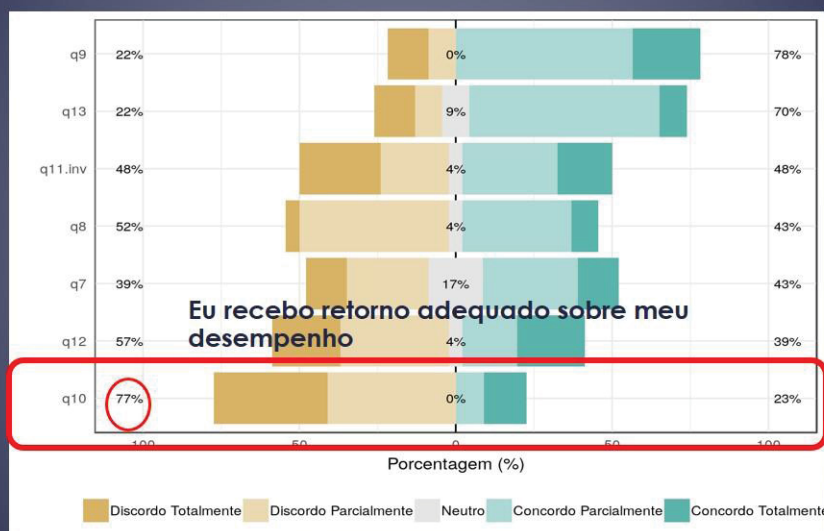
ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

Domínio: Clima de trabalho em equipe



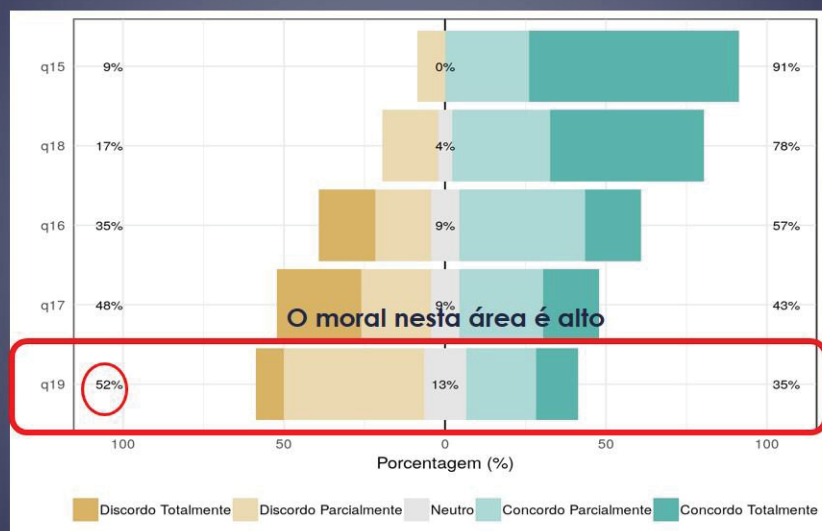
ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

Domínio: Clima de segurança



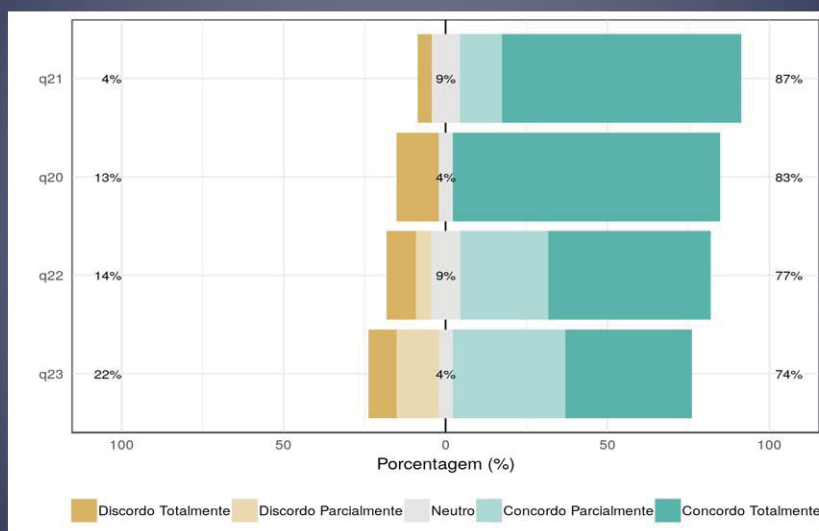
ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

Domínio: Satisfação no trabalho



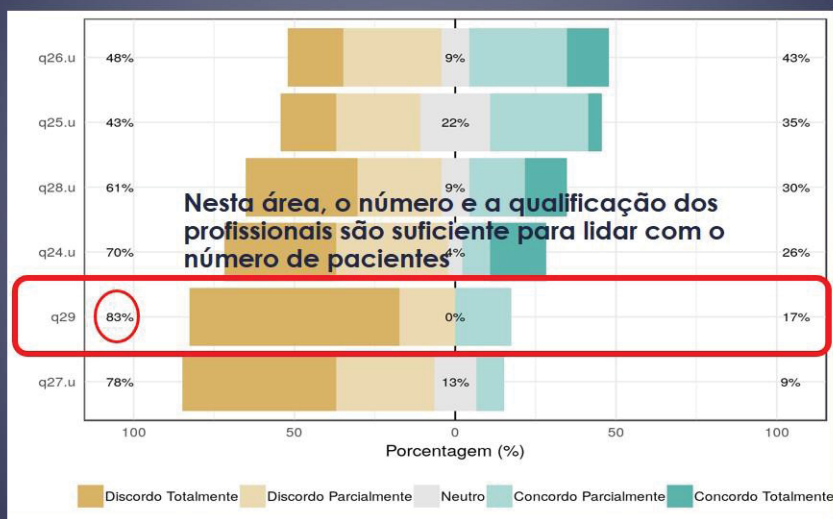
ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

Domínio: Percepção do estresse



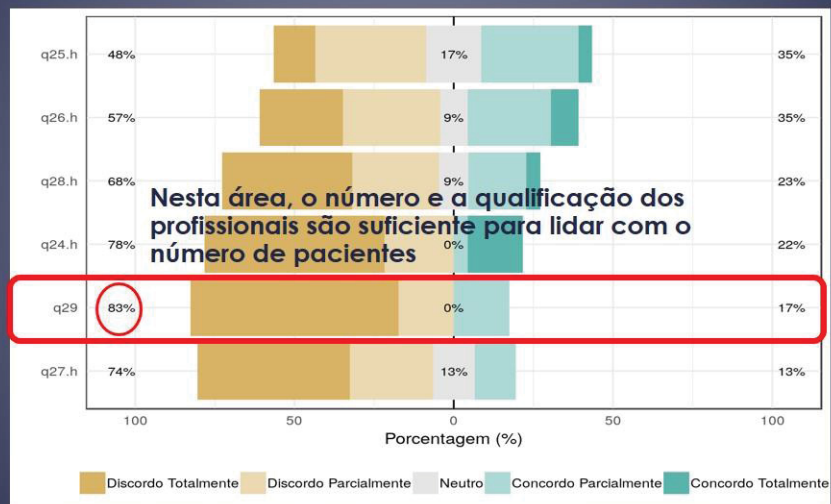
ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

Domínio: Percepção da gestão (coord. UPA)



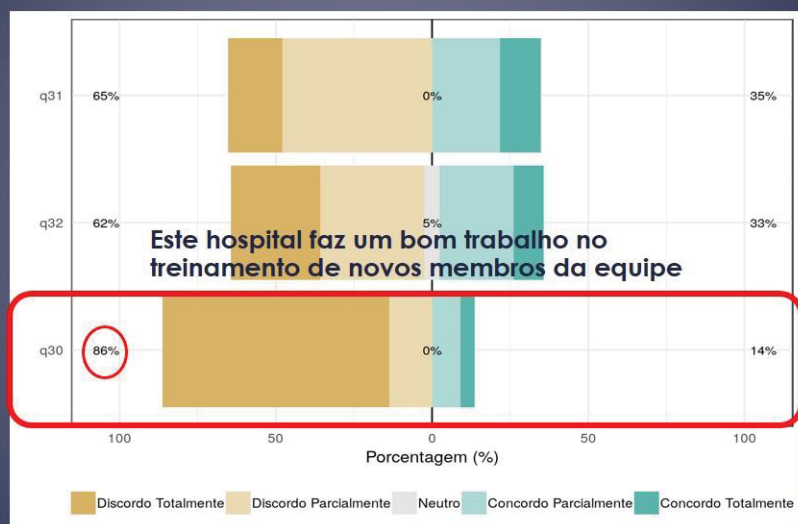
ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

Domínio: Percepção da gestão (SEMS)



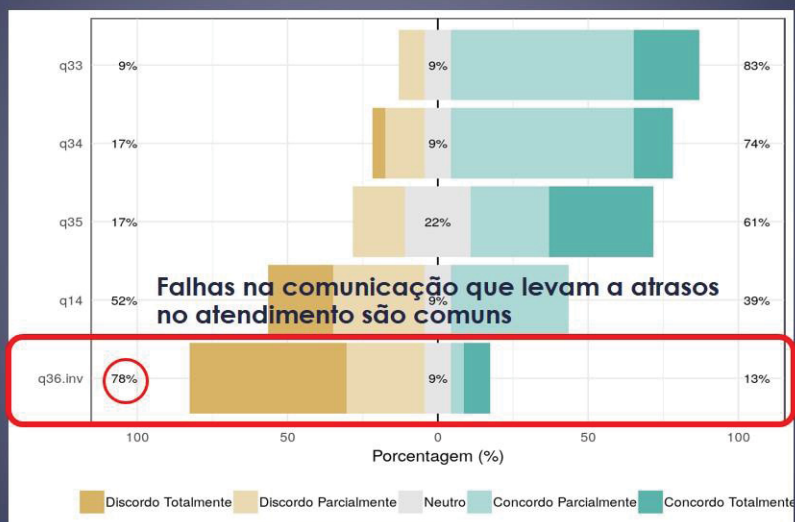
ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

Domínio: Condições de trabalho



ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

Questões sem domínio



ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

VISÃO GERAL DOS DOMÍNIOS

Domínios	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Número de Respondentes	Informação Faltante
Percepção do Estresse	79.98	28.08	87.5	0	100	23	0
q33	73.91	20.61	75	25	100	23	0
q35	69.57	28.16	75	25	100	23	0
q34	66.3	25.68	75	0	100	23	0
Satisfação no trabalho	62.61	23.1	60	10	95	23	0
Clima de trabalho	59.78	20.16	62.5	20.83	95.83	23	0
Clima de segurança	50.21	20.48	50	14.29	96.43	23	0
q14	41.3	30.72	25	0	75	23	0
Gerência da Unidade	33.7	23.6	33.33	0	87.5	23	0
Condições de Trabalho	30.98	25.53	25	0	91.67	23	0
Gerência do Hospital	30.07	21.32	25	0	79.17	23	0
q36.inv	22.83	31.9	0	0	100	23	0

ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

DESTAQUES

- › Piores domínios:
 - Percepção da Secretaria de Saúde
 - Condições de Trabalho
 - Percepção da gerência da unidade
- › 13 questões com >50% de respostas negativas

ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS

PLANEJAMENTO PRÓXIMAS OFICINAS

- › 2ª e 3ª oficinas
 - Planejamento das propostas de intervenção
 - › Análise das causas dos problemas escolhidos como prioritários pelo grupo
 - › Governabilidade
- › 4ª oficina
- › Apresentação do plano de ação
 - Validação do plano de ação pelo grupo

ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS



SELEÇÃO DE PROBLEMAS

ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS



PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

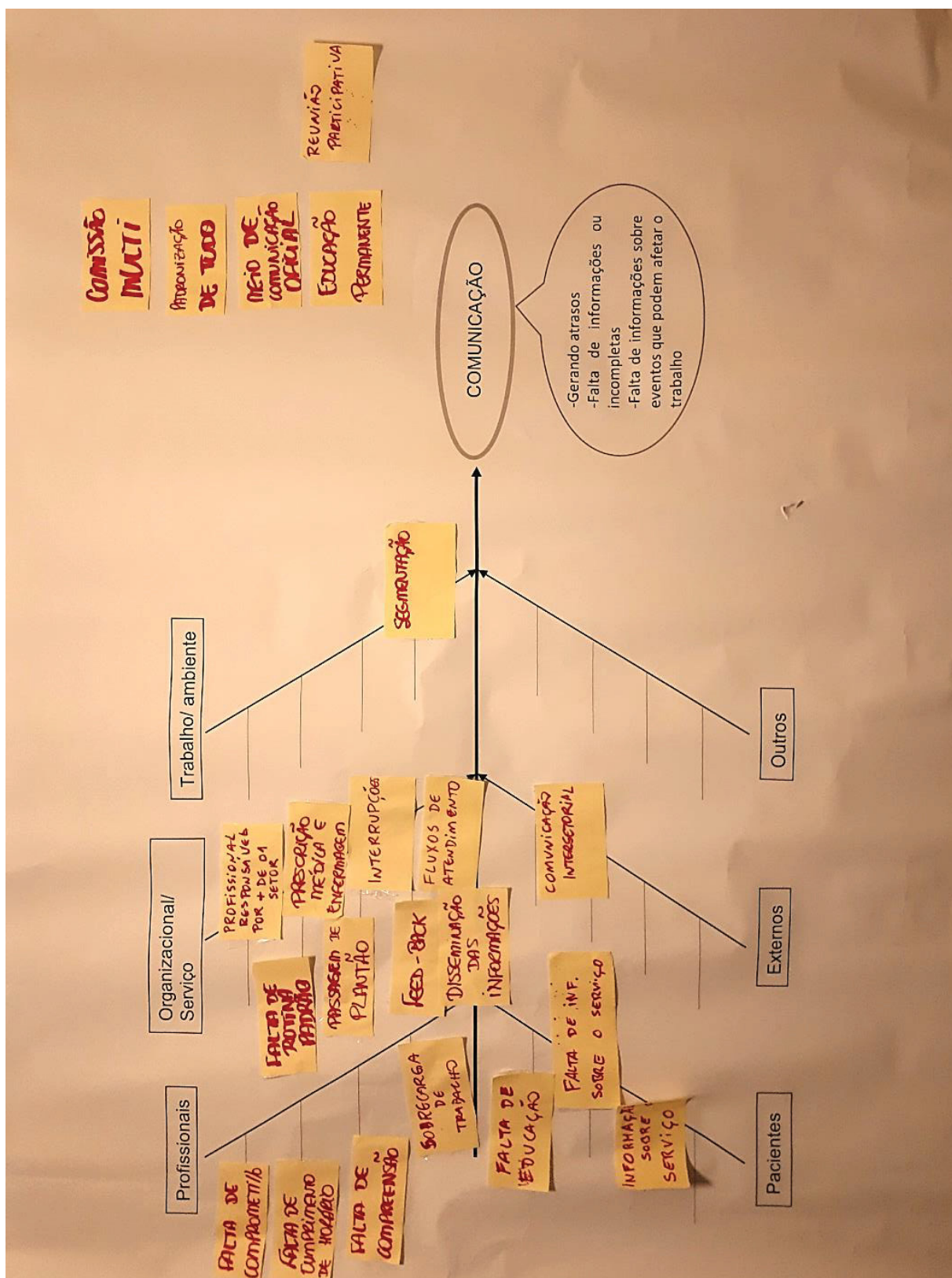
- › Falta de treinamento na admissão de novos profissionais
- › Número e qualificação insuficiente de profissionais → criar viabilidade
- › Falha de comunicação
 - Gerando atrasos
 - Gerando informações incompletas ou faltantes
 - Falta de informações sobre eventos que podem afetar o trabalho
- › Cultura punitiva
 - tratamento inadequado dos erros/problemas envolvendo os profissionais
 - profissionais não são encorajados a falar sobre preocupações quanto a segurança do paciente
- › Falta de feedback
- › Sentimento de desvalorização
- › Falta de supervisão de estagiários

ENF. MDA. CAROLINA P. DE SIQUEIRA PARIS



*Muito
Obrigada!*

APÊNDICE 5 - CARTAZ COM A REPRESENTAÇÃO GRÁFICA CONSTRUÍDO PELOS ENFERMEIROS NA SEGUNDA OFICINA COM OS FATORES CONTRIBUINTES ASSOCIADOS AO PROBLEMA “COMUNICAÇÃO”



Fonte: A autora (2019)

APÊNDICE 6 – FORMULÁRIO PARA REGISTRO DO DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO INTERNAMENTO- FRENTE

DIVISÃO DE PACIENTES PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM INTERNAMENTO				
Data:				
LEITO	NOME PACIENTE	TEC ENF RESP.	ENF. RESP.	PONTUAÇÃO SCP FUGULIN
FEM 1				
FEM 2				
FEM 3				
FEM 4				
FEM 5				
FEM 6				
MASC 1				
MASC 2				
MASC 3				
MASC 4				
MASC 5				
MASC 6				
EXTRA 1				
EXTRA 2				
EXTRA 3				
EXTRA 4				
EXTRA 5				
EXTRA 6				
EXTRA 7				
EXTRA 8				
EXTRA 9				
ISOL 1				
ISOL 2				
Próximos internamentos:				
LEITO	NOME PACIENTE	TEC ENF RESP.	ENF. RESP.	PONTUAÇÃO SCP FUGULIN

Fonte: adaptado de formulário da UPA (2019)

APÊNDICE 6 – FORMULÁRIO PARA REGISTRO DO DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO INTERNAMENTO- VERSO

Área de cuidado	Gradação da complexidade assistencial			
	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
Oxigenação	Ventilação Mecânica	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal	Dificuldade para movimentar segmentos corporais	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela Enfermagem	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem		
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Auto-suficiente
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Auto-suficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto-suficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de pressão arterial	Endovenosa (EV) contínua ou através de sonda nasogástrica	EV intermitente	Intramuscular ou via oral

Cuidados mínimos: de 9 a 14 pontos; cuidados intermediários: de 15 a 20 pontos; cuidados alta dependência: de 21 a 26 pontos; cuidados semi-intensivos: de 27 a 31 pontos; cuidados intensivos: acima de 31 pontos.

Fonte: adaptado de Fugulin et al., 2005

ANEXOS

ANEXO 1 – MODELO DE PLANO DE AÇÃO 5W3H




TÍTULO							
O QUE (What)	QUEM (Who)	QUANDO (When)	ONDE (Where)	POR QUE (Why)	COMO (How)	CUSTOS (How much)	COMO MEDIR (How measure)

























Fonte: adaptado de ALVES, 2012

ANEXO 2 – Instrumento de Pesquisa – Questionário SAQ (Carvalho, 2011)

Questionário de Atitudes de Segurança: perspectiva da equipe sobre esta área de cuidado

Área clínica ou área de assistência ao paciente onde você passa maior parte de seu tempo:
Departamento: _____ Por favor, preencha este instrumento baseando-se nas suas experiências nesta área

• Use somente lápis número 2  Preenchimento correto  Preenchimento incorreto  Não se aplica

• Apague muito bem qualquer resposta que você desejar mudar                        

Obrigado por responder este instrumento. seu tempo e sua participação são muito importantes.

ANEXO 3 - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação e Planejamento da Segurança do Paciente e da Qualidade em Saúde: em busca de ações estratégicas para a melhoria do cuidado

Pesquisador: Karla Crozeta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66939717.3.3003.0100

Instituição Proponente: Unidade de Pronto Atendimento Afonso Pena

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

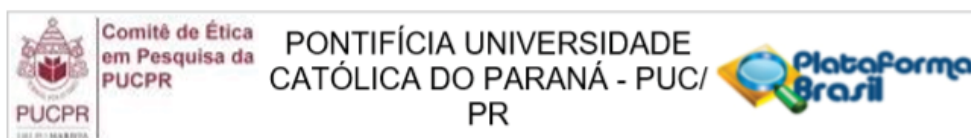
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.573.420

Apresentação do Projeto:

Sabe-se que a segurança do paciente tem impactos na qualidade do cuidado de enfermagem, e que a mudança de cultura de segurança é imprescindível para a efetividade do cuidado e o gerenciamento de enfermagem seguro. Para tanto, objetiva-se avaliar a qualidade dos serviços de saúde no tocante à segurança do paciente e à gestão de riscos, e, planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde. Vinculada à linha de pesquisa "Gerenciamento dos serviços de saúde e enfermagem", a pesquisa será desenvolvida por alunos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrados Acadêmico e Profissional). Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva e exploratória, de abordagem quanti-qualitativa, desenvolvida em quatro etapas: 1) reconhecimento da necessidade de uma intervenção para melhorar a segurança do paciente; 2) análise da cultura de segurança do paciente e da estrutura das organizações de saúde; 3) planejamento da intervenção pelos pesquisadores, e 4) modelagem e replanejamento das intervenções. O referencial metodológico adotado na pesquisa será o modelo de Brown et al. (2008), que baseia-se na Teoria Administrativa de Desenvolvimento Organizacional (DO). Para avaliar a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS), será utilizado o instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC), e no contexto hospitalar o Safety Attitudes Questionary – SAQ Short Form 2006, ambos nas versões traduzidas, adaptadas e validadas para o contexto brasileiro. Os dados da Etapa 1 serão analisados descritivamente, e sustentarão a análise causal (Etapa 2) para a

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.573.420

proposição da intervenção de melhoria da qualidade e da segurança do paciente (Etapas 3 e 4).

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é Avaliar a qualidade dos serviços de saúde no tocante à segurança do paciente e à gestão de riscos e Planejar ações estratégicas para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde.

A presente emenda objetiva a inclusão de participantes da Unidade de Pronto Atendimento Afonso Pena da Prefeitura de São José dos Pinhais na coleta de dados da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios da pesquisa ao participante do estudo foram apresentados e justificados no projeto e estão em conformidade com a Resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa foi objetivamente relatada, não havendo qualquer necessidade de outros esclarecimentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos necessários para a realização do projeto foram apresentados e estão em conformidade com a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente emenda do projeto de pesquisa encontra-se aprovada no quesito ético.

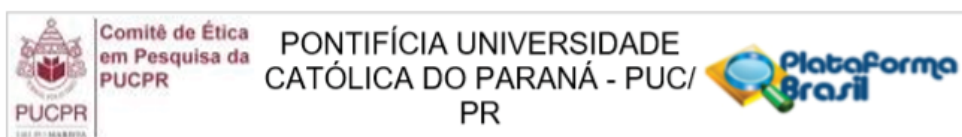
Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou ementas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.573.420

pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Esqueleto_KarlaCrozeta_novaversao.docx	17/10/2017 20:48:21	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA PARIS	Aceito
Outros	Emenda.pdf	10/10/2017 22:10:41	CAROLINA POITE DE SIQUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Esqueleto_CEP_KarlaCrozeta.pdf	06/04/2017 17:07:06	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Check_list.pdf	06/04/2017 17:04:11	Karla Crozeta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais_da_higiene.docx	06/04/2017 17:02:52	Karla Crozeta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Enfermeiros.docx	06/04/2017 17:01:24	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Analise_de_merito_cientifico.pdf	06/04/2017 16:51:00	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Extrato_de_ata_PPGENFMP.pdf	06/04/2017 16:50:32	Karla Crozeta	Aceito
Outros	OF_07_2017_encaminhamento_de_extrato_de_ata.pdf	06/04/2017 16:49:34	Karla Crozeta	Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento_do_pesquisador_responsavel.pdf	06/04/2017 16:48:26	Karla Crozeta	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
 Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 2.573.420

CURITIBA, 02 de Abril de 2018

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho CEP: 80.215-901
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br